



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ
ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ
ಅಧ್ಯಯನ



ಕರ್ನಾಟಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ
Karnataka Evaluation Authority

ಕರ್ನಾಟಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ
ಯೋಜನೆ, ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಸಂಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಇಲಾಖೆ
ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ
ನವಂಬರ್ 2021

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ
ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ
ಅಧ್ಯಯನ

ಪ್ರಧಾನ ಶೋಧಕರ ಹೆಸರು: ಡಾ. ಸೈಯದ್ ಅಜ್ಜಲ್ ಪಾಷಾ
ಗ್ರಾಸ್‌ರೂಟ್ಸ್ ರಿಸರ್ಚ್ ಅಂಡ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸಿ ಮೂವ್‌ಮೆಂಟ್

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ



ಕರ್ನಾಟಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ
Karnataka Evaluation Authority

ಕರ್ನಾಟಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ
ಯೋಜನೆ, ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಸಂಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಇಲಾಖೆ
ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ
ನವಂಬರ್ 2021

© ಕರ್ನಾಟಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ, 2021

ಪ್ರಕಟಣೆ ಇವರಿಗೆ:

ಕರ್ನಾಟಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ,
#542, 5ನೇ ಮಹಡಿ, 2ನೇ ಹಂತ,
ಎಂ.ಎಸ್ ಬಿಲ್ಡಿಂಗ್, ಡಾ.ಅಂಬೇಡ್ಕರ್ ರಸ್ತೆ,
ಬೆಂಗಳೂರು – 560 001.

ಇಂದ:

ಗ್ರಾಸ್‌ರೂಟ್ಸ್ ರಿಸರ್ಚ್ ಅಂಡ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸೆಡ್ ಮೂವ್‌ಮೆಂಟ್
ಸಿಎ-||, ಕೆಐಎಡಿಬಿ ಇಂಡಸ್ಟ್ರಿಯಲ್ ಹೌಸಿಂಗ್ ಏರಿಯಾ
ಹೆಬ್ಬಾಳು ವರ್ತುಲ ರಸ್ತೆ, ಮೈಸೂರು, ಕರ್ನಾಟಕ, ಭಾರತ – 570 016
ಸ್ಥಿರ ದೂರವಾಣಿ: 0821 – 2415412
ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ: graam@graam.org.in

ಅಕ್ಷರ ಚೋಡಣೆ ಮತ್ತು ಮುದ್ರಣ:

ಎಸ್‌ಪಿಸಿ ಎಂಟರ್ ಪ್ರೈಸಸ್,
#36, ಎನ್ ಎಸ್ ಅಯ್ಯಂಗಾರ್ ರಸ್ತೆ,
ಶೇಷಾದ್ರಿಪುರಂ, ಬೆಂಗಳೂರು – 20

ಮುನ್ನುಡಿ

1990 ರ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಸೂಚಿಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರೊಂದಿಗೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತುತ ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿ-2030ರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿ-3ರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ, ಪ್ರತಿ 1,000 ಕ್ಕೆ ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು 70ಕ್ಕೆ, ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು 25 ಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು 12ಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ(ಐಎಂಆರ್)ವನ್ನು 10 ಕ್ಕೆ ಇಳಿಸುವ ಉದ್ದೇಶವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಇದನ್ನು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಸಾಧಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಆದರೆ, ಜಿಲ್ಲಾ ಹಂತದ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಸಮೀಕ್ಷೆಯು(DLHS-4(2012-13)) ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಹೊರ ತಂದಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯು ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಸ್ವರೂಪ ಮತ್ತು ಅದರ ಅಂಶಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಕ್ಷೇತ್ರ ಸಾಕ್ಷ್ಯವನ್ನು ಅರಿಯಲು ಕರ್ನಾಟಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಮೂಲಕ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಆರಂಭಿಸಿದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಮೆ.ಗ್ರಾಸ್‌ರೂಟ್ ರಿಸರ್ಚ್ ಅಂಡ್ ಅಡ್ವೋಕೇಸಿ ಮೂವ್‌ಮೆಂಟ್(GRAAM) ಸಂಸ್ಥೆಯು ಕೈಗೊಂಡಿದೆ.

ಅಧ್ಯಯನವು ಎರಡು ಮಿಶ್ರ ವಿಧಾನಗಳಾದ ಗುಣಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಪರಿಮಾಣಾತ್ಮಕ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಕರ್ನಾಟಕದ ಐದು ಜಿಲ್ಲೆ(ಬೆಳಗಾವಿ, ಹಾವೇರಿ, ಬಳ್ಳಾರಿ, ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು ಮತ್ತು ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ)ಗಳಲ್ಲಿ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ 2104 ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಸ್ವರೂಪ ಮತ್ತು ಬಗೆಗಳನ್ನು ಅನ್ವೇಷಿಸಿದೆ. ಸಂಶೋಧನೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ 82.67% ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆದಿರುವವರ ಸರಾಸರಿ ಖರ್ಚು ರೂ. 8,441/- ಆಗಿದ್ದು, ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ (ರೂ. 2000) ಯಂತಹ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಪಡೆದ ಪ್ರಯೋಜನಗಳಿಗಿಂತ 4.2 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. 91.37% ಮಹಿಳೆಯರು ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಒದಗಿಸಿದ ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಂಬಲವು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿಲ್ಲ ಎಂದು ವ್ಯಕ್ತ ಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸಿರುವುದು ಪ್ರಮುಖ ವೆಚ್ಚಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವೆಚ್ಚಗಳು ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಪ್ರಮುಖ ಕೊಡುಗೆಯನ್ನು ನೀಡಿವೆ. ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಉಳಿತಾಯವನ್ನು ಬಳಸುವುದು, ಸಂಬಂಧಿಕರು ಅಥವಾ ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಸಾಲವನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು, ಸ್ವ-ಸಹಾಯ ಗುಂಪು/ ಸೊಸೈಟಿಗಳಿಂದ ಸಾಲ ಪಡೆಯುವುದು ಮತ್ತು ಚಿನ್ನ, ಭೂಮಿಯನ್ನು ಒತ್ತೆ ಇಡುವುದು ಮುಂತಾದ ವಿವಿಧ ಮೂಲಗಳನ್ನು ಆಶ್ರಯಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಮಾಹಿತಿಯ ಪ್ರಮುಖ ಮೂಲವಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಮುಖ ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳೆಂದರೆ: ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು 24X7 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಅವು ಮೂಲ ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸುವುದು. ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು

ಎಫ್‌ಆರ್‌ಯುಗಳಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿಸುವ ಮೂಲಕ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವೆಯ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಿ ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳ ಸಾರಿಗೆ ಮತ್ತು ಉಲ್ಲೇಖ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದು. ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆಗುವ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿರುವ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳಿಗೆ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸುವುದು. ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ಸಮಿತಿಗಳು ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಿಂದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಪಡೆದು ಅದರಂತೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವುದು.

ಅಧ್ಯಯನದ ಆವಿಷ್ಕಾರಗಳು ಮತ್ತು ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಇಲಾಖೆಗೆ ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ನೆರವು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಅಗತ್ಯ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕಾಗಿ ಹಾಗೂ 2030 ಕ್ಕೆ SDG-3 ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಉಪಯುಕ್ತವಾಗಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ನಿರೀಕ್ಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಅಪರ ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು, ಯೋಜನೆ, ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಸಂಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಇಲಾಖೆ, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ ಇವರ ಬೆಂಬಲ ಮತ್ತು ಮಾರ್ಗದರ್ಶನವನ್ನು ಪಡೆದಿದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನ ವರದಿಯನ್ನು ಕರ್ನಾಟಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ 47 ನೇ ತಾಂತ್ರಿಕ ಸಮಿತಿ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಅನುಮೋದಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ತಾಂತ್ರಿಕ ಸಮಿತಿ ಸದಸ್ಯರು ಮತ್ತು ಸ್ವತಂತ್ರ ಮೌಲ್ಯಮಾಪಕರು ಕರಡು ವರದಿಯ ಪರಿಶೀಲಿಸಿ, ವರದಿಯ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಉಪಯುಕ್ತ ಒಳನೋಟಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಲಹೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲರೂ ನೀಡಿದ ಸಹಾಯವನ್ನು ನಾನು ಸ್ಮರಿಸುತ್ತೇನೆ.



ಮುಖ್ಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನಾಧಿಕಾರಿಗಳು

ಕರ್ನಾಟಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ

ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳು

ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲು ಅವಕಾಶವನ್ನು ಒದಗಿಸಿದ್ದಕ್ಕಾಗಿ ನಾವು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಯೋಜನೆ, ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಸಂಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಇಲಾಖೆಯ ಅಪರ ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು ಡಾ. ಶಾಲಿನಿ ರಜನೀಶ್ ಭಾಷೀ ಇವರಿಗೆ ನಮ್ಮ ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳನ್ನು ಅರ್ಪಿಸುತ್ತೇವೆ. ಕರ್ನಾಟಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ಮತ್ತು ಯೋಜನಾ ಇಲಾಖೆಯ ಈ ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಲು ನಮಗೆ ಅವಕಾಶ ನೀಡಿದ್ದಕ್ಕಾಗಿ ಕೃತಜ್ಞತೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಲು ಬಯಸುತ್ತೇವೆ. ಅಧ್ಯಯನದ ನೇತೃತ್ವ ವಹಿಸಿ, ಅಧ್ಯಯನದುದ್ದಕ್ಕೂ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ನೀಡಿದ ಕರ್ನಾಟಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಮುಖ್ಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನಾಧಿಕಾರಿಯವರಿಗೆ ನಮ್ಮ ವಂದನೆಗಳು.

ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ತಾಂತ್ರಿಕ ಸಹಕಾರ ಮತ್ತು ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ನೀಡಿದ್ದಕ್ಕಾಗಿ ಕರ್ನಾಟಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಅಪರ ಮುಖ್ಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನಾಧಿಕಾರಿ ಡಾ. ಛಾಯಾ ಕಿ ದೇಗಾಂವ್ಕರ್ ಅವರಿಗೆ ನಮ್ಮ ಧನ್ಯವಾದಗಳು. ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಸಹಾಯ ನೀಡಿದ್ದಕ್ಕಾಗಿ ಸಹ ನಿರ್ದೇಶಕಿ ಜ್ಯೋತಿ ಎಸ್ ಜೆನ್ನಿ ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ತಂಡಕ್ಕೆ ನಮ್ಮ ವಂದನೆಗಳು.

ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಸುಸೂತ್ರವಾಗಿ ನಡೆಸಲು ಸಹಾಯ ನೀಡಿದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಗೆ ನಮ್ಮ ವಿಶೇಷ ಧನ್ಯವಾದಗಳು. ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಪಾಲ್ಗೊಂಡು, ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಪ್ರಮುಖ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಂಡ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು, ಎಎನ್‌ಎಮ್, ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ವಿಭಾಗದ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ನಮ್ಮ ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳು. ಪ್ರವಾಹ ಮತ್ತು ಕ್ಷೇತ್ರದ ಸವಾಲಿನ ತೊಂದರೆಗಳ ನಡುವೆಯೂ ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹಣೆಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಲು ನಮಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡಿದ ಎಣಿಕೆದಾರರು ಮತ್ತು ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ನೆರವಾದ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ನಮ್ಮ ವಿಶೇಷ ಧನ್ಯವಾದಗಳು.

ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹಣೆಯ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ನಿರ್ವಹಣೆ ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಜೊತೆ ನಿರಂತರ ಸಂವಹನಕ್ಕಾಗಿ ಸಮುದಾಯ ಸಮಾಲೋಚನಾ ತಂಡ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮ್‌ನಲ್ಲಿನ ಯೋಜನಾ ನಿರ್ವಹಣಾ ತಂಡಕ್ಕೆ ನಾವು ಧನ್ಯವಾದಗಳನ್ನು ಅರ್ಪಿಸುತ್ತೇವೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಆರಂಭದಿಂದ, ಸಂಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸುವವರೆಗೂ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಮಾಹಿತಿ, ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಮತ್ತು ಸಲಹೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿದ ಡಾ ಬಾಲಸುಬ್ರಮಣ್ಯಂ ಅವರಿಗೆ ನಾವು ಆಭಾರಿಯಾಗಿದ್ದೇವೆ.

ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ದ್ವಿತೀಯ ದತ್ತಾಂಶಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ನೆರವಾದ ಅಮೇರಿಕಾದ ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ್‌ನಲ್ಲಿರುವ ಕಾರ್ನೆಲ್ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯದ ಸ್ಕೂಲ್ ಆಫ್ ಇಂಡಸ್ಟ್ರಿಯಲ್ ಅಂಡ್ ಲೇಬರ್ ರಿಲೇಶನ್ಸ್ ಇಂಟರ್ನ್ ಕುಮಾರಿ ಝಾಸು ಸ್ಕಾಟ್ ರವರಿಗೂ ನಮ್ಮ ವಂದನೆಗಳು.

ವರದಿಯ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೆ ಕೊಡುಗೆ ನೀಡಿದ ಗ್ರಾಮ್‌ನ ಸಮಾಲೋಚಕಿ ಡಾ ರಾಜ್ ಸುಲೋಚನಾ ರವರಿಗೆ ನಮ್ಮ ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳು. ಅವರು ಕ್ಷೇತ್ರ ಅಧ್ಯಯನದ ವೇಳೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಲವಾರು ಒಳನೋಟಗಳನ್ನು ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ತಮ್ಮ ಸಮಯವನ್ನು ನೀಡಿದ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಂಡ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ನಮ್ಮ ವಂದನೆಗಳು.

ಸಹಿ—

(ಡಾ.ಬಸವರಾಜು.ಆರ್)

ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕ ನಿರ್ದೇಶಕರು

ಅಧ್ಯಯನ ತಂಡ ಮತ್ತು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಅವರ ಪಾತ್ರಗಳು:

ಡಾ.ಆರ್.ಬಾಲಸುಬ್ರಹ್ಮಣ್ಯಂ, ಸಂಸ್ಥಾಪಕರು ಹಾಗೂ ಅಧ್ಯಕ್ಷರು, ಗ್ರಾಸ್‌ರೂಟ್ಸ್ ರಿಸರ್ಚ್ ಅಂಡ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸಿಸ್ ಮೂವ್‌ಮೆಂಟ್. ಅಧ್ಯಯನ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕರು.

ಡಾ.ಬಸವರಾಜು ಆರ್, ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕ ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಗ್ರಾಸ್‌ರೂಟ್ಸ್ ರಿಸರ್ಚ್ ಅಂಡ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸಿಸ್ ಮೂವ್‌ಮೆಂಟ್. ಯೋಜನಾ ನಿರ್ದೇಶಕರು

ಡಾ.ಸೈಯದ್ ಅಜ್ಜಲ್ ಪಾಷಾ, ಹಿರಿಯ ಸಂಶೋಧನಾ ಫೆಲೋ, ಗ್ರಾಸ್‌ರೂಟ್ಸ್ ರಿಸರ್ಚ್ ಅಂಡ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸಿಸ್ ಮೂವ್‌ಮೆಂಟ್. ಪ್ರಧಾನ ಶೋಧಕರು.

ಡಾ.ವಾಣಿ - ಕನ್ಸಲ್ಟಿಂಗ್ ಸ್ಟ್ಯಾಟಿಸ್ಟಿಷಿಯನ್

ಡಾ.ರಾಜೇಂದ್ರ ಪ್ರಸಾದ್. ಪಿ, ಹಿರಿಯ ಸಂಶೋಧನಾ ಫೆಲೋ, ಗ್ರಾಸ್‌ರೂಟ್ಸ್ ರಿಸರ್ಚ್ ಅಂಡ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸಿಸ್ ಮೂವ್‌ಮೆಂಟ್. ಅಧ್ಯಯನ ತಂಡದ ಮುಖ್ಯ ಸದಸ್ಯ.

ಡಾ.ದೀಪಕ್ ಕುಮಾರಸ್ವಾಮಿ, ಹಿರಿಯ ಸಂಶೋಧನಾ ಫೆಲೋ, ಗ್ರಾಸ್‌ರೂಟ್ಸ್ ರಿಸರ್ಚ್ ಅಂಡ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸಿಸ್ ಮೂವ್‌ಮೆಂಟ್. ಯೋಜನಾ ಜವಾಬ್ದಾರರು.

ಡಾ.ಭಾನು.ಎಂ, ಹಿರಿಯ ಸಂಶೋಧನಾ ಫೆಲೋ, ಗ್ರಾಸ್‌ರೂಟ್ಸ್ ರಿಸರ್ಚ್ ಅಂಡ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸಿಸ್ ಮೂವ್‌ಮೆಂಟ್. ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಯೋಜನಾ ಜವಾಬ್ದಾರರು.

ಡಾ.ಅನನ್ಯ ಸಮಚ್ಚಾರ್, ಸಂಶೋಧನಾ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು, ಗ್ರಾಸ್‌ರೂಟ್ಸ್ ರಿಸರ್ಚ್ ಅಂಡ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸಿಸ್ ಮೂವ್‌ಮೆಂಟ್. ಪರಿಶೀಲಕರು.

ಶ್ರೀ ಬಿಶ್ವಜಿತ್ ಭಕ್ಷಿ, ಹಿರಿಯ ಸಂಶೋಧನಾ ಸಹಾಯಕರು, ಗ್ರಾಸ್‌ರೂಟ್ಸ್ ರಿಸರ್ಚ್ ಅಂಡ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸಿಸ್ ಮೂವ್‌ಮೆಂಟ್. ಸಂಖ್ಯಾಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞ.

ಕು.ರಮ್ಯ, ಸಂಶೋಧನಾ ಸಹಾಯಕರು (ಅಂಕಿಅಂಶಗಳು), ಗ್ರಾಸ್‌ರೂಟ್ಸ್ ರಿಸರ್ಚ್ ಅಂಡ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸಿಸ್ ಮೂವ್‌ಮೆಂಟ್. ಸಂಖ್ಯಾಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞ.

ಪರಿವಿಡಿ

ಕಾರ್ಯಕಾರಿ ಸಾರಾಂಶ.....	1
ಅಧ್ಯಾಯ - 1 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ.....	7
1.1 ಬದಲಾವಣೆಯ ಸಿದ್ಧಾಂತ	8
1.1 ಸಮಸ್ಯೆಯ ಹೇಳಿಕೆ	12
1.1.1 ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ	12
1.2 ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಗುರಿ ಮತ್ತು ಉದ್ದೇಶಗಳು.....	13
1.3 ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಉದ್ದೇಶಗಳು	13
1.4 ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ವಿಧಾನ	14
1.5 ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಮತ್ತು ಮಾದರಿ	20
1.6 ಅಡೆತಡೆಗಳು / ಮಿತಿಗಳು	24
ಅಧ್ಯಾಯ - 2 ಸಾಹಿತ್ಯದ ಅವಲೋಕನ	27
2.1 ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಐತಿಹಾಸಿಕ ಪ್ರವೃತ್ತಿಗಳು	27
2.2 ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ವೆಚ್ಚಗಳು	28
2.3 ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು	29
2.4 ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಯ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು.....	30
2.5 ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು	30
2.6 ಸಾಹಿತ್ಯದ ವಿಮರ್ಶೆಯ ಸಾರಾಂಶ	31
ಅಧ್ಯಾಯ - 3 ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹ ಮತ್ತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ.....	33
3.1 ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ.....	33
3.2 ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಸೂಚಕಗಳು.....	33
3.2.1 ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ, ಲಿಂಗ ಅನುಪಾತ ಮತ್ತು ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣ	34
3.2.2 ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ, ಲಿಂಗ ಅನುಪಾತ ಮತ್ತು ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣ	34
3.2.3 ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ	34
3.2.4 ಕಚ್ಚಾ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ	35
3.2.5 ಜನನದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಜೀವಿತಾವಧಿ	36
3.3 ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಖರ್ಚು	37
3.3.1 ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ರಾಜ್ಯದ ವೆಚ್ಚ	38
3.3.2 ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ರಾಜ್ಯದ ಖರ್ಚು	39
3.3.3 ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ಮೂಲಗಳು	39
3.4 ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ	40
3.4.1 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು.....	41

3.4.2	ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು	42
3.4.3	ಉಪವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ.....	44
3.4.4	ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು.....	44
3.5	ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತು ಹಾಸಿಗೆಗಳು	45
3.5.1	ನವಜಾತ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣಗಳು.....	46
3.5.2	ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ	47
3.5.3	ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ	48
3.5.4	ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಅನುಪಾತಗಳು	49
3.6	ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ.....	50
3.7	ಮೊದಲ ತ್ರೈಮಾಸಿಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ [ಎಎನ್‌ಸಿ] ಭೇಟಿ	51
3.7.2	ಸಂಪೂರ್ಣ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ [ಎಎನ್‌ಸಿ] ಹೊಂದಿದ್ದ ಮಹಿಳೆಯರು.....	52
3.8	ಹೆರಿಗೆ	53
3.8.1	ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು	53
3.8.2	ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ತೊಡಕುಗಳಿಗೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಗಳ ಬಳಕೆ	54
3.8.3	ಹೆರಿಗೆಗೆ ವೈದ್ಯರು / ದಾದಿ / ಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ವಿ / ಎಎನ್‌ಎಂ / ಇತರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತಾರೆಯೇ?.....	55
3.9	ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಆರೈಕೆ (ಪಿಎನ್‌ಸಿ).....	55
3.9.1	ಪಿಎನ್‌ಸಿಗೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯ ಬಳಕೆ	55
3.10	ಯೋಜನೆಗಳು.....	55
3.10.1	ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷ ಯೋಜನೆ (ಜೆಎಸ್‌ವೈ).....	55
3.10.2	ಜನನಿ ಶಿಶು ಸುರಕ್ಷ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ (ಜೆಎಸ್‌ಸೆಕ್)	56
3.10.3	ಮಡಿಲು ಕಿಟ್‌ಗಳು.....	57
3.10.4	ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ.....	58
3.11	ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು	59
3.12	ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾಧನೆ.....	62
ಅಧ್ಯಾಯ - 4 ಶೋಧನೆಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ವಿಮರ್ಶೆ		67
4.1	ಫಲಾನುಭವಿ ವಿವರ.....	67
4.1.1	ವಯಸ್ಸು.....	67
4.1.2	ಧರ್ಮ	68
4.1.3	ಜಾತಿ	68
4.1.4	ಶಿಕ್ಷಣ	69
4.1.5	ಉದ್ಯೋಗ.....	70

4.1.6	ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿ	70
4.1.7	ಹುಟ್ಟಿನ ಕ್ರಮಸಂಖ್ಯೆ	71
4.1.8	ಹೆರಿಗೆಗೂ ಮೊದಲ ಕೆಲಸ	72
4.1.9	ಹೆರಿಗೆ	73
4.2	ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರದ ಮಾತೃತ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವು	74
4.2.1	ಅರಿವಿನ ಮೂಲ	77
4.2.2	ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು	77
4.3	ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಪ್ರಸವಕ್ಕೆ ಕುಟುಂಬವು ಮಾಡಿದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ವಿವರಗಳು.	78
4.3.1	ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್	87
4.3.2	ಥೈರಾಯ್ಡ್	88
4.3.3	ಔಷಧಿ	88
4.3.4	ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ	90
4.3.5	ಆಹಾರ ವೆಚ್ಚ	90
4.3.6	ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕ	91
4.3.7	ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ವೆಚ್ಚ	91
4.3.8	ಪ್ರಸೂತಿ ವೆಚ್ಚ	92
4.3.9	ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚ	92
4.3.10	ಜಾತಿವಾರು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು	93
4.3.11	ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಸರಾಸರಿ	97
4.3.12	ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ ವಿವಿಧ ಖರ್ಚು	105
4.3.13	ಅಸಾಧಾರಣ/ವಿಕೋಪ ವೆಚ್ಚ	106
4.3.14	ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗಾಗಿ ಹಿಂಜರಿತ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ (ರಿಗ್ರೆಷನ್ ಅನಾಲಿಸಿಸ್)	107
4.3.15	ಬೆಲೆಗಳ ಸಂಬಂಧ	111
4.3.16	ಹೈಪೋಥಿಸಿಸ್ ಪರೀಕ್ಷೆ	115
4.3.17	ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಲು ಫಲಾನುಭವಿ ಅಭಿಪ್ರಾಯ	122
4.4	ಪ್ರದೇಶಗಳಾದ್ಯಂತ ಉದ್ದೇಶಿತ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸುವುದು	124
4.4.1	ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷ ಯೋಜನೆ (ಜೆಎಸ್‌ವೈ)	128
4.4.2	ಜನನಿ ಶಿಶು ಸುರಕ್ಷ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ	129
4.4.3	ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ (ಪಿಎ)	131
4.4.4	ಮಡಿಲು ಕಿಟ್	133

4.4.5	ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಪ್ಲಸ್	134
4.5	ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮರ್ಪಕತೆಗಳು.	136
4.6	ಯೋಜನೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ರಮಬದ್ಧತೆ, ಮತ್ತು ನಗದು ಮತ್ತು ಇತರ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕಗಳ ಸೂಕ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿತರಣೆ.	139
4.7	ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	141
4.7.1	ಒಟ್ಟಾರೆ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳು	141
4.7.2	ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ವಿಭಜನೆ	149
4.7.3	ಸಾರಿಗೆಗೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ತಡೆಯುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯ	150
4.8	ಕುಟುಂಬದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಮೂಲಗಳು	151
4.9	"ಉತ್ತಮ ತಲುಪುವಿಕೆ"ಯು ತಾಯಿಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿತ್ವವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುತ್ತದೆ.	156
4.10	ಬೆಳಗಾವಿ ಮಾದರಿ	157
4.10.1	ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು	158
4.11	ಅಧ್ಯಯನದ ಗುಣಾತ್ಮಕ ಅಂಶಗಳು	161
4.11.1	ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆ (ಎಫ್‌ಜಿಡಿ)	161
4.11.2	ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಂದರ್ಶನಗಳು	166
4.12	ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು	171
4.12.1	ತಾಲ್ಲೂಕು, ಜಿಲ್ಲೆ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದ ಸಂದರ್ಶನಗಳು	174
4.13	ಪ್ರಕರಣ ಅಧ್ಯಯನ 1 ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆ	176
4.14	ಪ್ರಕರಣ ಅಧ್ಯಯನ 2 ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆ	178
4.15	ಮಿತಿಗಳು	180
ಅಧ್ಯಾಯ – 5 ಪ್ರತಿಫಲನಗಳು ಮತ್ತು ತೀರ್ಮಾನಗಳು		183
5.1	ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಅದರ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು:	183
5.2	ಫಲಿತಾಂಶಗಳು	185
5.3	ಪರಿಣಾಮ	188
ಅಧ್ಯಾಯ – 6 ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು		189
ಗ್ರಂಥಸೂಚಿ		193
ಅನುಬಂಧ		201
ಒಂಬುಡ್ಜಮನ್-ಪರಿಕಲ್ಪನೆ ಟಿಪ್ಪಣಿಯ ಕರಡು		286
ಉಲ್ಲೇಖದ ನಿಯಮಗಳು		293
ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಅಧ್ಯಯನದ ಭಾವಚಿತ್ರಗಳು		308

ಕೋಷ್ಟಕಗಳ ಪಟ್ಟಿ

ಕೋಷ್ಟಕ	1.1 ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡುವುದು.....	16
ಕೋಷ್ಟಕ	1.2 ಆಯ್ದು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಾರಾಂಶ.....	19
ಕೋಷ್ಟಕ	1.3 ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ಮಾದರಿ ಸಂಗ್ರಹ ಪ್ರಮಾಣ	20
ಕೋಷ್ಟಕ	1.4 ಆಯಾ ಜಿಲ್ಲಾವಾರು, ಜಾತಿವಾರು/ವಾರ್ಷಿಕವಾರು ವಿಂಗಡಿಸಿದ ವಿವರ	22
ಕೋಷ್ಟಕ	1.5 ಸಮೀಕ್ಷೆ ವಿಧಾನ	24
ಕೋಷ್ಟಕ	3.1 ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ಮೂಲಗಳು.....	39
ಕೋಷ್ಟಕ	3.2 ಕರ್ನಾಟಕ ಮತ್ತು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೈಕೆ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ	40
ಕೋಷ್ಟಕ	3.3 ಕರ್ನಾಟಕ ಮತ್ತು ಸಮೀಕ್ಷೆ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ	42
ಕೋಷ್ಟಕ	3.4 ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಸೌಕರ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಒಬಿಪಿಇ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು.....	43
ಕೋಷ್ಟಕ	3.5 ಕರ್ನಾಟಕದ ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ ಮತ್ತು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	44
ಕೋಷ್ಟಕ	3.6 ಕರ್ನಾಟಕ ಮತ್ತು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಸಮೀಕ್ಷೆ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಗಳಲ್ಲಿನ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ	45
ಕೋಷ್ಟಕ	3.7 ಕ್ಷಿಪಕರ ಸಮಸ್ಯೆ ಮತ್ತು ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಳಕೆ	54
ಕೋಷ್ಟಕ	3.8 ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷ ಯೋಜನೆಯ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು	55
ಕೋಷ್ಟಕ	3.9 ಜನನಿ ಶಿಶು ಸುರಕ್ಷಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು (ಶೇಕಡವಾರು).....	56
ಕೋಷ್ಟಕ	3.10 ಮಡಿಲು ಯೋಜನೆಯ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು	57
ಕೋಷ್ಟಕ	3.11 ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆಯ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು.....	58
ಕೋಷ್ಟಕ	3.12 ವಿವಿಧ ರಾಜ್ಯಗಳ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು	59
ಕೋಷ್ಟಕ	3.13 ವಿವಿಧ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಪಾಕೆಟ್ ಖರ್ಚು	60
ಕೋಷ್ಟಕ	4.1 ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ್ಯಂತ ವಯಸ್ಸುವಾರು ಗುಂಪುಗಳು.....	67
ಕೋಷ್ಟಕ	4.2 ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಧರ್ಮ.....	68
ಕೋಷ್ಟಕ	4.3 ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಜಾತಿ ಎಸ್‌ಸಿ ಎಸ್‌ಟಿ ಒಟ್ಟು.....	68
ಕೋಷ್ಟಕ	4.4 ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಶಿಕ್ಷಣ.....	69
ಕೋಷ್ಟಕ	4.5 ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ವೃತ್ತಿ. ಬೆಳಗಾವಿ ಬಳ್ಳಾರಿ ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು ಹಾವೇರಿ ಒಟ್ಟು.....	70
ಕೋಷ್ಟಕ	4.6 ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿ.....	71
ಕೋಷ್ಟಕ	4.7 ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಜನನ ಕ್ರಮ	72
ಕೋಷ್ಟಕ	4.8 ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಮೊದಲು ಉದ್ಯೋಗ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದ ಮಹಿಳೆಯರು.....	73
ಕೋಷ್ಟಕ	4.9 ಜಿಲ್ಲಾ ವಾರು ಹೆರಿಗೆಗಳ ವಿವರಗಳು	73
ಕೋಷ್ಟಕ	4.10 ಒಟ್ಟು ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ಅರಿವು.....	74
ಕೋಷ್ಟಕ	4.11 ಗರ್ಭಧಾರಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತಾಯಿಯ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಘಟಕಗಳ ಸರಾಸರಿ.....	81
ಕೋಷ್ಟಕ	4.12 ಒಬಿಸಿ, ಎಸ್ಸಿ, ಎಸ್ಪಿ ನಡುವೆ ಮಾತೃತ್ವ ಸಂಬಂಧಿತ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಘಟಕಗಳು.....	93
ಕೋಷ್ಟಕ	4.13 ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಸರಾಸರಿ.....	97
ಕೋಷ್ಟಕ	4.14 ಜನನ ಕ್ರಮ ಪ್ರಕಾರ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಹೊರಗಿನ ಸರಾಸರಿ	101
ಕೋಷ್ಟಕ	4.15 ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ವಿಧಗಳು ಹೊರಗುಳಿಯುವುದು	105
ಕೋಷ್ಟಕ	4.16 ಅಸಾಧಾರಣ/ವಿಕೋಪ ವೆಚ್ಚ	106
ಕೋಷ್ಟಕ	4.17 ಹಿಂಜರಿತ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ	107

ಕೋಷ್ಟಕ	4.18	ಟಿ-ಪರೀಕ್ಷೆ: ಎರಡು-ಮಾದರಿ ನಗರ ಗ್ರಾಮೀಣ	115
ಕೋಷ್ಟಕ	4.19	ಟಿ-ಟೆಸ್ಟ್: ಎರಡು-ಮಾದರಿ- ಸರ್ಕಾರಿ ಖಾಸಗಿ	116
ಕೋಷ್ಟಕ	4.20	ಟಿ-ಟೆಸ್ಟ್: ಎರಡು-ಮಾದರಿ- ಹೆರಿಗೆ ಪ್ರಕಾರ	117
ಕೋಷ್ಟಕ	4.21	ANOVA- ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	118
ಕೋಷ್ಟಕ	4.22	ANOVA- ಸಾಮಾಜಿಕ ಗುಂಪುಗಳು	119
ಕೋಷ್ಟಕ	4.23	ANOVA- ಧರ್ಮ	120
ಕೋಷ್ಟಕ	4.24	ANOVA - ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ	120
ಕೋಷ್ಟಕ	4.25	ANOVA- ಜನನ ಕ್ರಮಾನುಗತ	121
ಕೋಷ್ಟಕ	4.26	ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಲು ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯ	122
ಕೋಷ್ಟಕ	4.27	ಒಟ್ಟು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ವಿತರಿಸಿದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಪಡೆದ ಯೋಜನೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ.....	126
ಕೋಷ್ಟಕ	4.28	ಜೆಎಸ್‌ವೈ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು.	128
ಕೋಷ್ಟಕ	4.29	ಒಟ್ಟು ಜೆಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು.	130
ಕೋಷ್ಟಕ	4.30	ಒಟ್ಟು ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು.	132
ಕೋಷ್ಟಕ	4.31	ಒಟ್ಟು ಮಡಿಲು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು.	133
ಕೋಷ್ಟಕ	4.32	ಒಟ್ಟು ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಪ್ಲಸ್ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು.	135
ಕೋಷ್ಟಕ	4.33	ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಪ್ಲಸ್ ಜನಾಂಗವಾರು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು.	135
ಕೋಷ್ಟಕ	4.34	ಆರ್ಥಿಕ ಸಮರ್ಪಕತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯ.....	136
ಕೋಷ್ಟಕ	4.35	ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಗೆ ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ.....	142
ಕೋಷ್ಟಕ	4.36	ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ವಿಭಜಿಸುವುದು - ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ಹಾಗೂ ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ಹಂತವಾರು...144	
ಕೋಷ್ಟಕ	4.37	ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ, ಜಾತಿವಾರು ಮತ್ತು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಕ್ರಮಾನುಗತವಾರು.	148
ಕೋಷ್ಟಕ	4.38	ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಜಿಲ್ಲೆ, ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಭೌಗೋಳಿಕ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ವಿಭಜಿಸಲಾಗಿದೆ.....	149
ಕೋಷ್ಟಕ	4.39	ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಮೂಲಗಳು	152
ಕೋಷ್ಟಕ	4.40	ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಪೂರೈಸಿದ ಮೂಲಗಳು	154
ಕೋಷ್ಟಕ	4.41	ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿನ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ	158
ಕೋಷ್ಟಕ	4.42	ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿನ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿನ ಹೆರಿಗೆಗಳು	160
ಕೋಷ್ಟಕ	4.43	ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಖರ್ಚು - ಬೆಳಗಾವಿ	161

ಚಿತ್ರಗಳ ಪಟ್ಟಿ

ಚಿತ್ರ 1.1	ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಸರಪಳಿ ಮಾದರಿಯ ಮೂಲಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು.	10
ಚಿತ್ರ 1.2	ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಂದಿರುವ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ.....	15
ಚಿತ್ರ 1.3	ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ ಕರ್ನಾಟಕದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	18
ಚಿತ್ರ 1.4	ವರ್ಷಗಳು ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು	21
ಚಿತ್ರ 1.5	ಜಿಲ್ಲೆಯಾದ್ಯಂತ ಮಾದರಿ ಆಯ್ಕೆಯ (ಸ್ಯಾಂಪಲ್) ಸಂಸ್ಥೆಗಳು	22
ಚಿತ್ರ 3.1	ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ	35
ಚಿತ್ರ 3.2	ಸಾಮಾನ್ಯ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ.....	35
ಚಿತ್ರ 3.3	ಜನನದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಜೀವಿತಾವಧಿ	36
ಚಿತ್ರ 3.4	ಒಟ್ಟು ದೇಶೀಯ ಉತ್ಪನ್ನ ಮತ್ತು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ವೆಚ್ಚ.....	37
ಚಿತ್ರ 3.5	ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಮಾಡಿರುವ ತಲಾ ಖರ್ಚು (ರೂ.ಗಳಲ್ಲಿ).....	38
ಚಿತ್ರ 3.6	ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತು ಹಾಸಿಗೆಗಳು	45
ಚಿತ್ರ 3.7	ನವಜಾತ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣಗಳು	47
ಚಿತ್ರ 3.8	ಶಿಶುಮರಣ.....	48
ಚಿತ್ರ 3.9	ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ	49
ಚಿತ್ರ 3.10	ತಾಯಿ ಮರಣ	50
ಚಿತ್ರ 3.11	ಮೊದಲ ತ್ರೈ ಮಾಸಿಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ	52
ಚಿತ್ರ 3.12	ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು	54
ಚಿತ್ರ 3.13	ತಾಯಿಮರಣ - ಕರ್ನಾಟಕ	63
ಚಿತ್ರ 3.14	ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರವೃತ್ತಿ.....	64
ಚಿತ್ರ 3.15	ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು	64
ಚಿತ್ರ 4.1	ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿಯ ಮೂಲ.....	77
ಚಿತ್ರ 4.2	ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆಯ ನಿರ್ಧಾರಕ್ಕಾಗಿ ಅರಿವಿನ ಮೂಲಗಳು.....	78
ಚಿತ್ರ 4.3	ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸೇವಿಸುವ ಔಷಧಿಗಳ ವಿಧಗಳು	89
ಚಿತ್ರ 4.4	ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಿದ ಸಮಯ	89
ಚಿತ್ರ 4.5	ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಹೊರಗೆ ಪಡೆಯುವ ಕಾರಣಗಳು.....	90
ಚಿತ್ರ 4.6	ಜನನ ಕ್ರಮದಿಂದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು	104
ಚಿತ್ರ 4.7	ಸಾಪೇಕ್ಷ ಬೆಲೆಗಳು (ಜಿಲ್ಲಾವಾರು).....	111
ಚಿತ್ರ 4.8	ಜಾತಿವಾರು ಸಾಪೇಕ್ಷ ಬೆಲೆಗಳು	113
ಚಿತ್ರ 4.9	ಜನನ ಕ್ರಮಾನುಗತ ಪ್ರಕಾರ ಸಾಪೇಕ್ಷ ಬೆಲೆಗಳು	114
ಚಿತ್ರ 4.10	ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಕುರಿತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯ.	124
ಚಿತ್ರ 4.11	ಜಿಎಸ್‌ವೈ ಹಣಕ್ಕಾಗಿ ಖರ್ಚಿನ ಘಟಕಗಳು.	129
ಚಿತ್ರ 4.12	ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಹಣ ಖರ್ಚಾಗುವ ಘಟಕಗಳು.	133
ಚಿತ್ರ 4.13	ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕಗಳ ಸಮಯದ ಬಗ್ಗೆ ಫಲಾನುಭವಿ ಅಭಿಪ್ರಾಯ	136

ಚಿತ್ರ 4.14	ಹಣಕಾಸಿನ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದ ಅಸಮರ್ಪಕತೆಗೆ ಕಾರಣಗಳು.	138
ಚಿತ್ರ 4.15	ಮೊದಲ ತ್ರೈಮಾಸಿಕದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ಬಳಕೆಗೆ ಕಾರಣ	146
ಚಿತ್ರ 4.16	ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬಳಸುವ ಸಾರಿಗೆಯ ವಿಧಾನಗಳು	147
ಚಿತ್ರ 4.17	ಸಾರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿತ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ತಡೆಯುವ ಬಗ್ಗೆ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳು.....	150
ಚಿತ್ರ 4.18	ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು	158
ಚಿತ್ರ 4.19	ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆ ವಿಷಯಗಳು	162
ಚಿತ್ರ 4.20	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಸಂದರ್ಶನಕ್ಕಾಗಿ ಘಟಕಗಳು ಉತ್ತಮ ತಲುಪುವ ಸಲಹೆಗಳು	167

ಭಾವ ಚಿತ್ರಗಳ ಪಟ್ಟಿ

ಭಾವಚಿತ್ರ 1	ಫಲಾನುಭವಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ ನಡೆಸಲಾದ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆ	308
ಭಾವಚಿತ್ರ 2	ಫಲಾನುಭವಿಯೊಂದಿಗಿನ ಸಂದರ್ಶನ	308

ಸಂಕ್ಷೇಪಣಗಳ ಪಟ್ಟಿ

ANM	Axillary Nurse Mid Wife	ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ
ASHA	Accredited Social Health Activist	ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ
BPL	Below Poverty Line	ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗೆ
CBR	Crude Birth Rate	ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ
CDR	Crude Death Rate	ಸಾಮಾನ್ಯ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ
CHC	Community Health Centre	ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ
DH	District Hospital	ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ
DLHS	District Level Household Survey	ಜಿಲ್ಲಾ ಹಂತದ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಸಮೀಕ್ಷೆ
GDP	Gross Domestic Produce	ಒಟ್ಟು ದೇಶೀಯ ಉತ್ಪನ್ನ
FRU	First Referral Unit	ಮೊದಲನೇ ರೆಫರೆಲ್ ಘಟಕ
HMIS	Health Management Information Systems	ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಹಣಾ ಮಾಹಿತಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು
IMR	Infant Mortality Rate	ಶಿಶು ಮರಣ ದರ
INR	Indian National Rupees	ಭಾರತೀಯ ರೂಪಾಯಿ
JSSK	Janani Shishu Suraksha Karyakram	ಜನನಿ ಶಿಶು ಸುರಕ್ಷಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ
JSY	Janani Suraksha Yojana	ಆನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ
MMR	Maternal Mortality Ratio	ತಾಯಿಯ ಮರಣ ದರ
NFHS	National Family Health Survey	ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆ
NHM	National Health Mission	ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
NRHM	National Rural Health Mission	ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
NHSRC	National Health Systems Resource Centre	ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಕೇಂದ್ರ
NSS	National Sample Survey	ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾದರಿ ಸಮೀಕ್ಷೆ
OOPE	Out of Pocket Expenditures.	ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು
CHE	Catastrophic Health Expenditure	ಕ್ಷಿಸ್ಪಕರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ/ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ಖರ್ಚು
PA	Prasoothi Aarika	ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ

PHC	Primary Health Centre	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ
RHS	Rural Health Statistics	ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಂಕಿ ಸಂಖ್ಯೆಗಳು
SDH/TH	Sub Divisional Hospital /Taluka Hospital	ಉಪವಿಭಾಗ ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ
SHC	Sub Health Centre	ಉಪ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ
SRS	Sample Registration Systems	ಮಾದರಿ ನೋಂದಣಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು

ಕಾರ್ಯಕಾರಿ ಸಾರಾಂಶ

ಗರ್ಭಿಣಿ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ಹೂಡಿಕೆಯನ್ನೊಳಗೊಂಡ, ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಪ್ರಾಯೋಜಿತ ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳ ಹೊರತಾಗಿಯೂ, ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದಾದ್ಯಂತ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹರಿಗೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಎದುರಾಗುವ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ದುರಂತಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಖರ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಯೋಗಕ್ಷೇಮಕ್ಕಾಗಿ ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಗುರಿ 3 ರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ 2030 ರ ಅಂತ್ಯದ ವೇಳೆಗೆ, ಕರ್ನಾಟಕವು ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು 70 ಕ್ಕೆ ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು 25 ಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶು ಮರಣವನ್ನು 1,000 ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ 12 ಕ್ಕೆ ಇಳಿಸಬೇಕು ಎಂಬ ಗುರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವು ವಿಶಾಲ ಮತ್ತು ತಳ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುವ ಗುರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಪೂರೈಸಿದ ವಿವಿಧ ಮೂಲಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ನಿರ್ಣಯಿಸುವುದು ಇದರಲ್ಲಿ ಸೇರಿದೆ. ಹರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೆ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಆರೈಕೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಕರ್ನಾಟಕದ ಐದು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ 2104 ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಮಟ್ಟಗಳು ಮತ್ತು ಘಟಕಗಳನ್ನು ಪರಿಶೋಧಿಸಿದೆ. ಇದು ಬೆಳಗಾವಿ ವಿಭಾಗದ ಬೆಳಗಾವಿ, ಹಾವೇರಿ, ಕಲಬುರಗಿ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಬಳ್ಳಾರಿ, ಮೈಸೂರು ವಿಭಾಗದ ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು ಮತ್ತು ಬೆಂಗಳೂರು ವಿಭಾಗದ ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಜಿಲ್ಲೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಸಮೀಕ್ಷೆಯು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಧೃಢೀಕರಣದಿಂದ, ಪ್ರಸವಯ ನಂತರದ 45 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಗರ್ಭಿಣಿಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಕ್ರೋಢೀಕರಿಸಿದೆ. ಸಮಾಲೋಚನೆಗಳು, ಲ್ಯಾಬ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ಸ್ಟಾನಿಂಗ್, ಸಾರಿಗೆ ಮತ್ತು ಆಹಾರದಂತಹ ಸೇವೆಗಳ ಬಳಕೆ ಅಥವಾ ಔಷಧಿಗಳ ಖರೀದಿ, ಪಾವತಿಯ ರೀತಿ, ಮುಂತಾದ ವೆಚ್ಚದ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಅಂದಾಜು ವೆಚ್ಚಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗೆ ಮಾಡಿದ ವೆಚ್ಚಗಳು ಸೇರಿವೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಮನೆಯ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸೆರೆಹಿಡಿಯುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. 2014-15 ರಿಂದ 2015-16 ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಮೇಲಿನ ಹಣದ ಪಾವತಿಯ ಪ್ರಮಾಣವು ಎಷ್ಟಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಯುವುದು ಅಧ್ಯಯನದ ಆಸಕ್ತಿಯ ಮುಖ್ಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ವಿಧಾನ: ಮಿಶ್ರ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಬಳಸಿರುವ ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಗುಣಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಪರಿಮಾಣಾತ್ಮಕ ಎರಡನ್ನೂ ಅನುಸರಿಸುತ್ತದೆ. ಪೂರ್ವ-ಪರಿಕ್ಷಿತ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ, ಹರಿಗೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಆರೈಕೆಯಂತಹ ವಿವಿಧ ಘಟಕಗಳ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ಬಳಸಲಾಗಿದೆ, ಇದು ವಿವಿಧ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾಡಿರುವ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುತ್ತದೆ. ಒಟ್ಟು 2104 ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಗುಣಾತ್ಮಕ ವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಸಮಾನಾಂತರವಾಗಿ 52 ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆಗಳನ್ನು ಆಯ್ದು ಸೇವೆ ನೀಡುವ ಹಂತದಲ್ಲಿ ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ. ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟ, ಕ್ಷೇತ್ರ ಮಟ್ಟ ಮತ್ತು ತಳ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ ಅಧಿಕಾರಿಗಳನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಲಾಯಿತು. ಇದರ ಹೊರತಾಗಿ ತಳ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವ ಆಶಾ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರುಗಳ ನಡುವೆ ಸಂದರ್ಶನಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಯಿತು.

ಮಾದರಿ: ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 10 ರಷ್ಟು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಭೌಗೋಳಿಕ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸದ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಸೆರೆಹಿಡಿಯುವ ಸಲುವಾಗಿ, ನಗರ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ಕುಗ್ರಾಮ / ಕಷ್ಟಕರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿರುವ ಶೇಕಡ 10 ರಷ್ಟು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಈ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಂದ 2014-15

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಮತ್ತು 2015-16ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾದ ಶೇಕಡ 5 ರಷ್ಟು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳಾ (ತಾಯಿಕಾರ್ಡ್ ಹೊಂದಿರುವ) ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ವಿವರವಾದ ತನಿಖೆಗಾಗಿ ಯಾದೃಚ್ಛಿಕವಾಗಿ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಯನದ ಶೋಧನೆಗಳು

ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಚಿತ್ರಣ: ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸರಾಸರಿ ವಯಸ್ಸು 23.53 ವರ್ಷಗಳು. ಅದರಲ್ಲಿ 68.44 ಪ್ರತಿಶತ ಮಹಿಳೆಯರು ಇತರ ಹಿಂದುಳಿದ ವರ್ಗ ಮತ್ತು ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯಾತ ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ, ಪ್ರತಿಶತ 23.57 ರಷ್ಟು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿ ಶತ 7.87 ರಷ್ಟು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರು. ಪ್ರತಿಶತ 8.2 ರಷ್ಟು ಜನರು ಯಾವುದೇ ಶಾಲಾ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ. ಸುಮಾರು ಪ್ರತಿಶತ 62 ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಗೃಹಿಣಿಯರು, ಪ್ರತಿಶತ 2 ಮಹಿಳೆಯರು ಸಣ್ಣ-ಪ್ರಮಾಣದ ವ್ಯವಹಾರದಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಶತ 2 ಖಾಸಗಿ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ಅವರಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಶತ 0.4 ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಸರ್ಕಾರಿ ಉದ್ಯೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರು. ಸುಮಾರು ಪ್ರತಿಶತ 10.6 ಮಹಿಳೆಯರು ದೈನಂದಿನ ಕೂಲಿ ಕಾರ್ಮಿಕರಾಗಿದ್ದರು. ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಮೊದಲು ಸುಮಾರು ಪ್ರತಿಶತ 10.17 ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾತ್ರ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿರುತ್ತಾರೆ.

ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಅದರ ಘಟಕಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು

ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಪ್ರತಿಶತ 82.67 ರಷ್ಟು ಜನರು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಸರಾಸರಿ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ ವೆಚ್ಚವು ರೂ. 6021 ಆಗಿದ್ದು, ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರವನ್ನು ಲೆಕ್ಕಿಸದೆ ಸರಾಸರಿ ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚವು ರೂ. 8442 ಆಗಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚವು ರೂ. 622 ಆಗಿದೆ. ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚ ರೂ. 18,654 ಆಗಿದ್ದು, ಇದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾದರಿ ಸಮೀಕ್ಷೆಯು (2014) 71 ನೇ ಸುತ್ತಿನಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ವಲಯಕ್ಕೆ ತೋರಿಸಿರುವ ಖರ್ಚಿನ ಅಂಕಿಅಂಶ ರೂ. 17,642 ಗಳಿಗಿಂತ ಸ್ವಲ್ಪ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಯ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚ ರೂ. 6004 ಆಗಿದ್ದು, ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ 13,035 ರೂಗಳಷ್ಟಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆಗೆ ತಗಲುವ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚ ರೂ. 12,478 ಆಗಿದ್ದು, ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಸುಮಾರು ರೂ. 22,435 ಆಗಿದೆ. ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆಗೆ ತಗಲುವ ಖರ್ಚು ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಗಿಂತ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ನಾವು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಇತರ ಖರ್ಚುಗಳಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸಿದಾಗ, ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ರೂ. 3911 ಆಗಿರುತ್ತದೆ, ಇದು ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ ಪ್ರತಿಶತ 26.67 ಇದೆ. ಹೆರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ಒಟ್ಟು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚದ ಪ್ರತಿಶತ 40 ರಷ್ಟಿದೆ. ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳು ಬಳಸಿದ ಸಾರಿಗೆಯ ವಿಧಾನದ ಮೂಲಕ ಬದಲಾಗುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಪ್ರಯಾಣಿಸುತ್ತವೆ ಎಂಬುದರ ಮೇಲೆ ನಿರ್ಧಾರವಾಗುತ್ತದೆ. ನಮ್ಮ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ 86 ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ರೂ. 0 ಮತ್ತು 4 ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ರೂ. 0 ಆಗಿತ್ತು. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಆಗಿದ್ದ 61% ಮಹಿಳೆಯರು ಅಸಾಧಾರಣ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾಡುವ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಭರಿಸಿದ್ದರು. ಅಂದರೆ ಅದು ಅವರ ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಖರ್ಚಾಗಿದ್ದು, ಅದು ಅವರ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ 10 ಶೇಕಡಾವನ್ನು ಮೀರಿದೆ.

ಸ್ಕಾನಿಂಗ್ ಅಂತಹ ಸೇವೆಗಳು ತಾಲ್ಲೂಕು ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರುವ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಾದ ಉಪ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಸ್ಕಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಲು ವಿಕಿರಣಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರು ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ಈ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಖಾಸಗಿ ವಲಯ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಈ ಸೇವೆಗಾಗಿ 71.13% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ರೂ. 1871

ವ್ಯಯಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಪ್ರತಿಶತ 35 ಮಹಿಳೆಯರು ಖಾಸಗಿ ವಲಯದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಸರಾಸರಿ ಖರ್ಚು ರೂ. 621 ತಗುಲಿದೆ. ಇದಲ್ಲದೆ, ಪ್ರತಿಶತ 11 ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಧೈರಾಯ್ಡ್ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದು ಇದಕ್ಕೆ ಸರಾಸರಿ ರೂ. 533 ವೆಚ್ಚವಾಗಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಬಳಸಿದ 34 ಪ್ರತಿಶತ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಔಷಧಿಗಳಿಗಾಗಿ ಸರಾಸರಿ ರೂ. 3290 ವ್ಯಯಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆಹಾರ ವೆಚ್ಚ ಸರಾಸರಿ ರೂ. 800 ಆಗಿದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತಪಾಸಣೆಗಳು ನಿಗದಿತ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಯುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಿಣಿ ಈ ಪರೀಕ್ಷೆ ಅಥವಾ ಸ್ಕ್ರೀನಿಂಗ್ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಲು/ಪಡೆಯಲು ತನ್ನ ಕೆಲಸದ ಅರ್ಧ ದಿನ ಅಥವಾ ಸಂಪೂರ್ಣ ದಿನವನ್ನು ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಮೀಸಲಿಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರಿಗೆ ಮಾಡುವ ಪಾವತಿಗಳು (ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳು) ಸ್ವಂತದಿಂದಾಗುವ ಖರ್ಚುಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪಾಲನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತದೆ. ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳು ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರು ಬದಲಾದಂತೆ ಬದಲಾಗುತ್ತವೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಪಡೆದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರಿಗೆ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ಪಾವತಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ವಿಭಿನ್ನ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ವಿಭಿನ್ನ ದರಗಳನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದೆ, ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ವರ್ಗಗಳ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸ್ವತಂತ್ರವಾಗಿ ಶುಲ್ಕ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ. ಅವರಲ್ಲಿರುವ ವೈಯಕ್ತಿಕ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿಂದಾಗಿ ಈ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಅಭ್ಯಾಸಗಳಿಗೆ ಪಾವತಿಸುವ ಹಣವನ್ನು ಅಳಿಯುವುದು ತುಂಬಾ ಕಷ್ಟ; ಜನರು ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರ ಹಣದ ಬೇಡಿಕೆಯನ್ನು ಮಾತುಕತೆಯ ಮೂಲಕ ತಮ್ಮ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ನಿಗದಿಗೊಳಿಸಿ ಪಾವತಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಅದೇ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಸಂಭಾವ್ಯವಾಗಿ ಬಳಸಬಹುದಾದ ಜನರು ಮುಂದೆ ಆಗಬಹುದಾದ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಭಯದಿಂದ ಅದರ ಬಗ್ಗೆ ಮಾತನಾಡಲು ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಾರೆ.

ಯೋಜನೆಗಳ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮರ್ಪಕತೆ: ಮಾತೃತ್ವ ಲಾಭದ ಯೋಜನೆಗಳಾದ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆಗಳನ್ನು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿ ಆರಂಭಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಗಳು ಒಟ್ಟಾಗಿ ಅರ್ಹ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ರೂ 2,000 ನೀಡುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿಶತ 44 ಮಹಿಳೆಯರು ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ವ್ಯಯವಾಗುವ ಹಣದ ಭಾರವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ತಗಲುವ ಸರಾಸರಿ ಖರ್ಚು ರೂ. 8,441 ಆಗಿದ್ದು, ಇದು ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಪಡೆದ ಪ್ರಯೋಜನಗಳಿಗಿಂತ 4.2 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಪ್ರತಿಶತ 62.49 ಮಹಿಳೆಯರು ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಮತ್ತು ಇತರ ಮೂಲಗಳ ಮೂಲಕ ಸರ್ಕಾರದ ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಕೇಳಿ ತಿಳಿದಿದ್ದಾರೆ. 91.37 ಪ್ರತಿಶತ ಜನರು ಈ ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಒದಗಿಸುವ ಹಣಕಾಸಿನ ನೆರವು ಸಾಕಷ್ಟಿಲ್ಲ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ.

ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಭರಿಸುವ ಮೂಲಗಳು: ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಭರಿಸಲು ಉಳಿತಾಯವನ್ನು ಬಳಸುವುದು, ಸಂಬಂಧಿಕರು ಅಥವಾ ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಸಾಲ ಪಡೆಯುವುದು, ಸ್ವಸಹಾಯ ಸಂಘ / ಸಂಘಗಳಿಂದ ಸಾಲ ಪಡೆಯುವುದು ಮತ್ತು ಖರ್ಚು ಪೂರೈಸಲು ಚಿನ್ನ, ಭೂಮಿ ಅಥವಾ ಇತರ ಆಸ್ತಿಗಳನ್ನು ಅಡಮಾನ ಇಡುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಪಡೆದ ಸಾಲವನ್ನು ಮರುಪಾವತಿಸಲು 1-2 ವರ್ಷಗಳು ಬೇಕಾಗುತ್ತವೆ, ಇದು ಬಡ್ಡಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆದಿರುವ 21.50 ಪ್ರತಿಶತ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಪಡೆದಿರುವ 29.57 ಪ್ರತಿಶತ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಕೇವಲ ಬಡ್ಡಿಗೆ ನೀಡುವ ಸಾಲದ ಮೇಲೆಯೇ ಅವಲಂಬಿತರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಇದರ ಹೊರತು ಸಾಲಕ್ಕಾಗಿ ಉಳಿದಂತೆ ಅವರಿಗಿರುವ ಆಯ್ಕೆಗಳೆಂದರೆ, ಉಳಿತಾಯ, ಬಡ್ಡಿ ಇಲ್ಲದೆ ಸಾಲ, ಹೆಂಡತಿಯ ಮನೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಸಂಬಂಧಿಕರು, ದಾನಿಗಳು ಮತ್ತು ಟ್ರಸ್ಟ್‌ಗಳ ಬೆಂಬಲ ಪಡೆಯುವುದು.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ, ನಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನದ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ, ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕೇವಲ 35 ಪ್ರತಿಶತ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಗಳಾಗುತ್ತಿವೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಗರಿಷ್ಠ ಬಳಕೆ ಹಾವೇರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿದ್ದು, ಅಲ್ಲಿನ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಶತ 47 ಹೆರಿಗೆಗಳು ನಡೆದಿವೆ. ಆದರೆ ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ಶೇಕಡ 9 ರಷ್ಟು ಹೆರಿಗೆಗಳು ಮಾತ್ರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸಿವೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 13 ರಷ್ಟು ಹೆರಿಗೆಗಳು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ, ಮತ್ತು ಸಿಸೀರಿಯನ್ ಜನನದ ಒಟ್ಟಾರೆ ಶೇಕಡ 11 ರಷ್ಟಿದೆ. ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ (ಉಪ ವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ) ಮೂಲಕ 30 ಪ್ರತಿಶತ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಶತ 31 ಸಿಸೀರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 24 ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಶೇಕಡ 50 ರಷ್ಟು ಸಿಸೀರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆಗಳಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಸ್ಥಿತಿಯ ವಿವರವಾದ ವರದಿಯನ್ನು 3 ನೇ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಅಧ್ಯಯನದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು 4 ನೇ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ನಾವು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಉತ್ತಮ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಗಾಗಿ ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದ್ದೇವೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಷ್ಟಕರವಲ್ಲದ ಹೆರಿಗೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ನಿರ್ವಹಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಮತ್ತು ಮೂಲಭೂತ ತುರ್ತು ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನಿರ್ವಹಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ, ಉಳಿದವುಗಳನ್ನು ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತು ತೃತೀಯ ಆರೈಕೆ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಮ್ಮ ಪ್ರಕಾರ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಈ ಸೇವೆಗಳು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗೆ ಮತ್ತು ಅದರ ಹೆಚ್ಚಳಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳಾಗಿವೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ / ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಂತಹ ಕೆಳ ಹಂತದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೈಕೆಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು (ಹೆರಿಗೆಗಳ ಪ್ರಮಾಣ) ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು ಸೂಕ್ತವಾಗಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು ಹೀಗಿವೆ:

- ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ ಭೇಟಿಗಳ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಯಾಣ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ರೂ. 100 ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಾವತಿಸಬೇಕು.
- ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶು ಸೇವೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.
- ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಮೇಲ್ದರ್ಜೆಗೇರಿಸಿ ಸಿಸೀರಿಯನ್ ನಂತಹ ಹಾಗೂ ಕ್ಲಿಷ್ಟಕರವಾದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವ ಕೇಂದ್ರಗಳಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಸೇವಾ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಿ, ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸಾರಿಗೆ ಮತ್ತು ರೆಫರೆಲ್ ವೆಚ್ಚಗಳಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಬಹುದಾಗಿದೆ.
- ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಮೂಲವಾಗಿರುವ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳಿಗೆ ಅಗತ್ಯ ಮೇಲುಸ್ತುವಾರಿ ಮತ್ತು ಲೆಕ್ಕಗಳನ್ನು ಇಡುವ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಬೇಕು. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಕುರಿತ ಜನರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಾ ಸಮಿತಿಗೆ ನೀಡಿ ಅಲ್ಲಿನ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಉತ್ತರದಾಯಿತ್ವದೊಂದಿಗೆ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ನೇಮಿಸಲಾಗುವ ಓಂಬುಡ್ಸನ್ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ನಾಗರಿಕರೊಂದಿಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಸಂವಹನ ನಡೆಸುವ ಮೂಲಕ ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಸುಧಾರಣೆಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸುವಲ್ಲಿ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸಬಲ್ಲರು.

ಇವರ ಮೂಲಕ ನಾಗರಿಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಹಾಗೂ ಚಿಂತನೆಗಳು ಸಂಬಂಧಿಸಿದವರ ಗಮನಕ್ಕೆ ತರಬಹುದು (ವಿವರಗಳನ್ನು ಅನುಬಂಧದಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ).

ಕರ್ನಾಟಕ 2030 ರ ವೇಳೆಗೆ ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸಬೇಕಾದರೆ, ಸೂಕ್ತ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವನ್ನು ಖಾತರಿಪಡಿಸುವ ಮೂಲಕ ಮೇಲೆ ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಮೇಲೆ ಗಮನವನ್ನು ಕೇಂದ್ರೀಕೃತಗೊಳಿಸಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಇದು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸುವುದರೊಂದಿಗೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲು ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ - 1 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ

ಭಾರತ ಮಹತ್ವಾಕಾಂಕ್ಷೆಯಿಂದ ಸಾಧಿಸಲು ಇಚ್ಛಿಸಿರುವ ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳು ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸವಾಲು ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಗುರಿಗಳಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಮರಣ, ಶಿಶು ಮರಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದು ಹಾಗೂ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಮುಕ್ತವಾಗಿಸುವುದೂ ಸೇರಿದೆ. ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳ ಮೂಲಕ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ, ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೆಯಲ್ಲಿ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿಗಳು ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣದ ಅನುಪಾತವನ್ನು 100000 ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ 70 ಕ್ಕೆ ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ಮರಣವನ್ನು 1000 ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ 12ಕ್ಕೆ ಮತ್ತು 5 ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣವನ್ನು 1000 ಕ್ಕೆ 25 ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ನಿರ್ಧರಿಸಿವೆ.

2018 ರಲ್ಲಿ ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿಗಳ ಪೂರ್ವ ಪರಿಶೀಲನೆ (ಬೇಸ್ ಲೈನ್) ವರದಿಯ ಪ್ರಕಾರ, ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ 108 ರಷ್ಟಿದ್ದರೆ, ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಪ್ರಮಾಣ ಒಂದು ಸಾವಿರ ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ 32 ಇದೆ. 12 ರಿಂದ 23 ತಿಂಗಳ ವಯಸ್ಸಿನ ಶೇಕಡ 62.60 ಮಕ್ಕಳು ರೋಗನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ, 1,00,000 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ 452.93 ಸರ್ಕಾರಿ ವೈದ್ಯರು, ದಾದಿಯರು ಮತ್ತು ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರು ಇದ್ದಾರೆ. 2030 ರ ಅಂತ್ಯದ ವೇಳೆಗೆ ಕರ್ನಾಟಕವು ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು 70 ಕ್ಕೆ, ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು 1,000 ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ 11 ಕ್ಕೆ ಇಳಿಸಬೇಕು. 12-23 ತಿಂಗಳ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಶತ (100%) ನೂರಕ್ಕೆ ನೂರು ಮಕ್ಕಳಿಗೂ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದನ್ನು ನೀಡಬೇಕು. ಸರ್ಕಾರಿ ವೈದ್ಯರು, ದಾದಿಯರು ಮತ್ತು ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು 1,00,000 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ 550 ಇರುವಂತೆ ಗುರಿಹೊಂದಿದೆ (ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿ ಭಾರತ ಇಂಡೆಕ್ಸ್, 2018.). ಭಾರತದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಕುರಿತಂತೆ ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸಮಗ್ರ ಕಾರ್ಯತಂತ್ರವಾಗಿ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ (ಎನ್‌ಆರ್‌ಹೆಚ್‌ಎಂ) ನ್ನು 2005 ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಯಿತು. ಈಗ ಎನ್‌ಆರ್‌ಹೆಚ್‌ಎಂ ಜನನದ ಸಮಯದಿಂದ ಜೀವಿತಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆಗಳನ್ನು ತರುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ, ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ (ಐಎಂಆರ್), ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ (ಸಿಎಂಆರ್) ಮತ್ತು ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ (ಎಂಎಂಆರ್) ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ, ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಜಿಡಿಪಿಯ ಶೇಕಡಾ 0.9 ರಿಂದ ಶೇಕಡಾ 2 ರಿಂದ 3 ರವರೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಕೇಂದ್ರದ ಗುರಿಯೊಂದಿಗೆ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ (ಎನ್‌ಹೆಚ್‌ಎಂ) ಆಗಿ ಮಾರ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ಮಿಷನ್‌ನ ಅವಧಿಯನ್ನು ಮಾರ್ಚ್ 2020 ರವರೆಗೆ ವಿಸ್ತರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ನೆರವಾಗುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಎನ್‌ಎಚ್‌ಎಮ್ ಬೇಡಿಕೆ ಆಧಾರಿತ ಹಣಕಾಸು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ಶರತ್ತಬದ್ಧ ನಗದು ವರ್ಗಾವಣೆ ವಿಧಾನವನ್ನು ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯತಂತ್ರವಾಗಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ಅಅಖಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಹಣಕಾಸು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ನೀಡಲಾಗುವುದು. ಏಕೆಂದರೆ ಮಾತೃತ್ವದ ಅವಧಿಯ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ತಪಾಸಣೆಗಳು, ರೋಗನಿರೋಧಕಗಳು, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು, ಸಾರಿಗೆ ಖರ್ಚು, ಪ್ರಸವಾನಂತರದ ತಪಾಸಣೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಗಳು ಅಗತ್ಯವಿರುತ್ತದೆ. ಇದರೊಂದಿಗೆ ಒಟ್ಟಾರೆ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ತಗಲುವ ವೆಚ್ಚಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತದಿಂದ ಆಗುವ ವೆಚ್ಚದ ಪಾಲು ಅಧಿಕವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ದತ್ತಾಂಶದ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಪ್ರಕಾರ, ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಸ್ವಂತದಿಂದ ಮಾಡಲಾಗುವ ಖರ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಭಾರತದಲ್ಲಿಯೇ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ. ಇದು ಆಫ್ರಿಕಾ ಮತ್ತು ಏಷ್ಯಾ ಖಂಡದ ಇತರೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದಾಗಲೂ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ವರದಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಭಾರತದ ಒಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಗಳ ಶೇಕಡಾ 86 ರಷ್ಟು ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಆಗುವ ಖರ್ಚಾಗಿದ್ದು, ಅದನ್ನು ಮನೆಯವರೇ ಭರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಚಿವಾಲಯವೂ ಈ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳು ಸುಮಾರು 71 ಶೇಕಡಾ ದಷ್ಟಿರಬಹುದೆಂದು ಅಂದಾಜಿಸುತ್ತದೆ. ಹೆರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿತ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡುವ ಹಣವೂ ಇದಕ್ಕೆ ಹೊರತಾಗಿಲ್ಲ. ಇಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಮಾಡುವ ಬಹುಪಾಲು ಖರ್ಚು ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆಗಳಿಗೇ ತಗಲುತ್ತದೆ. ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಮತ್ತು ಪ್ರಸವಾನಂತರದ ಆರೋಗ್ಯದ ತಪಾಸಣೆಗೆ ತಗಲುವ ಹೆಚ್ಚಿನ ವೆಚ್ಚಗಳು ಹೆರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ತಡೆಯೊಡ್ಡುತ್ತಿವೆ. ಅದು ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆಫಾತಕಾರಿ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ತಂದೊಡ್ಡಬಹುದು. (ಗೋಳಿ, ರಾಮಮೋಹನ ಮತ್ತು ಮೊರಾರ್ಜಿ, 2018).

ಬಹುಪಾಲು ಮನೆಗಳಿಗೆ (ಸುಮಾರು ಶೇಕಡ 64.70) ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ಆರ್ಥಿಕ ರಕ್ಷಣೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಅವರ ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿದೆ. ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅವಧಿಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಸುವ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳಾದ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಮನೆ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳು - 4, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಸಮೀಕ್ಷೆ - 4 (ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ - 4) ಮತ್ತು ಮಾಧ್ಯಮ ಲೇಖನಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಆಗುವ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿವೆ. ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಉಚಿತವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಾಗಿದ್ದರೂ ಈ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ಭರಿಸಲು ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಹಣ ಖರ್ಚು ಮಾಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಡಿಎಲ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ - 4 ರ ಪ್ರಕಾರ, ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಕರ್ನಾಟಕದ ದಕ್ಷಿಣ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿಯೇ (ಅಗ್ರ ಐದು ಜಿಲ್ಲೆಗಳು) ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಾಗುವ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಉಳಿದ ಹನ್ನೊಂದು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿನ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಿನದಾಗಿದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ಬೆಂಗಳೂರು ಅರ್ಬನ್ ಮತ್ತು ರಾಮನಗರ ದಕ್ಷಿಣ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಮೇಲಿನ ಹಿನ್ನೆಲೆ ಮತ್ತು ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳನ್ನು ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಈ ವರದಿಯ ಮೊದಲ ಅಧ್ಯಾಯವು ಬದಲಾವಣೆಯ ಸಿದ್ಧಾಂತ, ಪ್ರಗತಿ ವಿಮರ್ಶೆ, ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಮತ್ತು ಎರಡನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯವು ಸಾಹಿತ್ಯ ವಿಮರ್ಶೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ; ಮೂರನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯವು ದ್ವಿತೀಯ ಮೂಲಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ನಾಲ್ಕನೇ ಅಧ್ಯಾಯ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ದತ್ತಾಂಶದ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಐದನೇ ಅಧ್ಯಾಯವು ಅಧ್ಯಯನದ ಆವಿಷ್ಕಾರಗಳ ಉಪಸಂಹಾರವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ, ಆರನೇ ಅಧ್ಯಾಯವು ಅಧ್ಯಯನದ ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

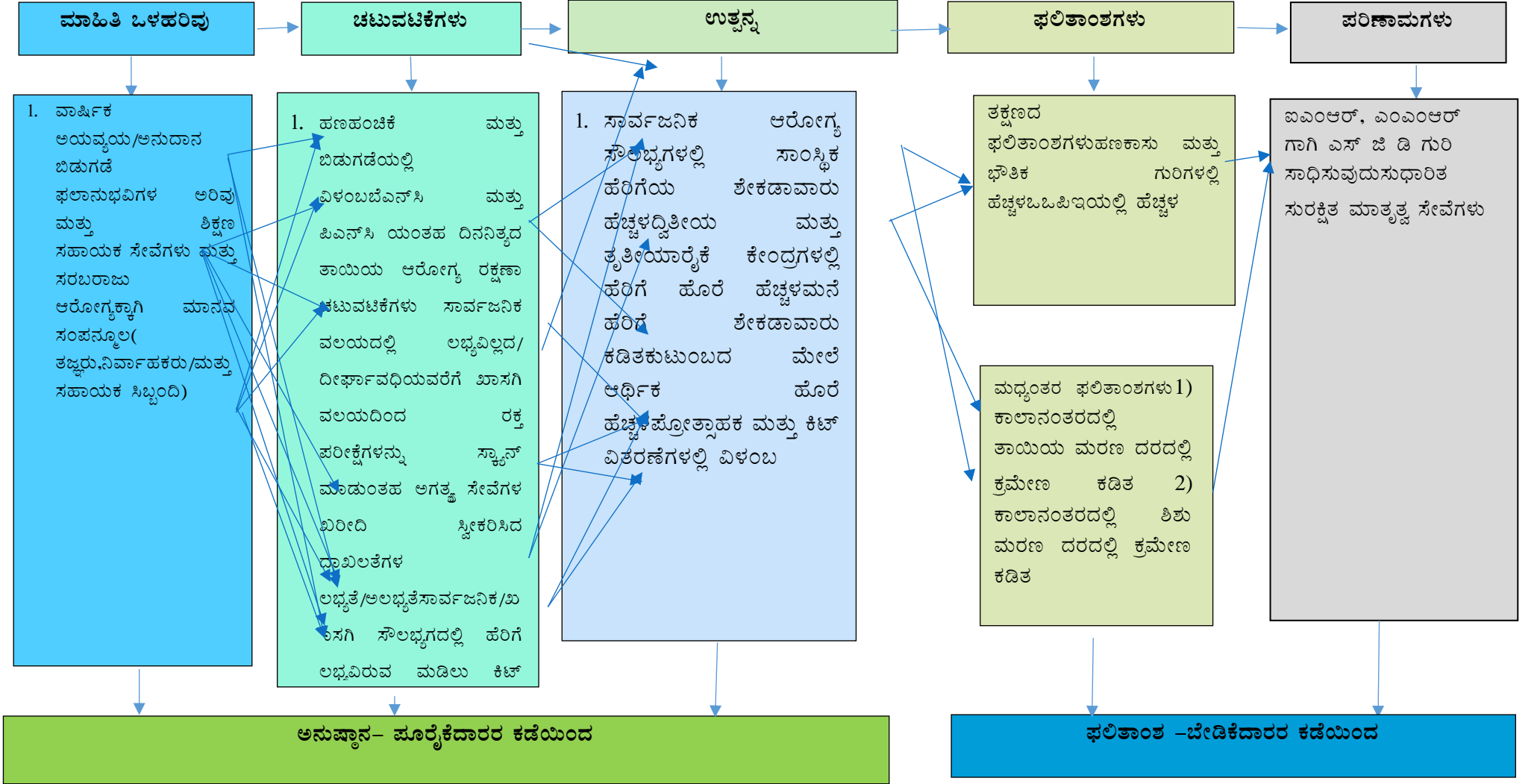
1.1 ಬದಲಾವಣೆಯ ಸಿದ್ಧಾಂತ

ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ಹೇಗೆ ಮತ್ತು ಏಕೆ ಅಪೇಕ್ಷಿತ ಬದಲಾವಣೆ ಸಂಭವಿಸುತ್ತದೆ ಎಂದು ಇಲ್ಲಿ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂಬುದರ ಸಮಗ್ರ ವಿವರಣೆಯನ್ನು ಚಿತ್ರಿಸಲು ನಾವು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದ್ದೇವೆ. ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಗುರಿಗಳು ಮತ್ತು ಗುರಿಗಳನ್ನು ತಲುಪಲು ಅಗತ್ಯವಾದ ಮುನ್ನೂಚನೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅಪೇಕ್ಷಿತ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಹೇಗೆ ಮತ್ತು ಏಕೆ ನಿರೀಕ್ಷಿತವಾಗಿ ಸಂಭವಿಸುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾವು ಸಮಗ್ರ ವಿವರ ಮತ್ತು ಸ್ಪಷ್ಟನೆಯೊಂದಿಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಚಿತ್ರಣ ನೀಡಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದ್ದೇವೆ. ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಗುರಿಗಳು ಮತ್ತು ಆ ಗುರಿಗಳನ್ನು ತಲುಪಲು ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಪೂರ್ವ ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಬದಲಾವಣೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿರುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಸಂಬಂಧಗಳ ಸ್ಥೂಲ ಚಿತ್ರವನ್ನು ಗಮನಿಸುವ ಮೂಲಕ ಎಂದರೆ, ಅಲ್ಪಾವಧಿಯ, ಮಧ್ಯಂತರ ಮತ್ತು ದೀರ್ಘಾವಧಿಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಮೂಲಕ ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಅಪೇಕ್ಷಿತ ಮತ್ತು ನೈಜ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ನಡುವಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಳಗಿನ ಜನರ ಮತ್ತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಅನೇಕ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸುವ ಮೂಲಕ ಪರಿಷ್ಕರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಓದುವುದು, ಮಧ್ಯಸ್ಥಗಾರರೊಂದಿಗೆ ಮಾತನಾಡುವುದು ಮತ್ತು ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವುದು ಮುಂತಾದವುಗಳ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಯ ಸಿದ್ಧಾಂತವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ (ವಿವರಗಳನ್ನು ಕೆಳಗಿನ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಲಾಗಿದೆ).

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಚಿತ್ರ 1.1 ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಸರಪಳಿ ಮಾದರಿಯ ಮೂಲಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು.



ಬದಲಾವಣೆಯ ಸಿದ್ಧಾಂತದ ಊಹೆಗಳು:

- 1) ಸಮಯೋಚಿತ ಹಂಚಿಕೆ ಮತ್ತು ಅಯವ್ಯಯ ವೆಚ್ಚ
- 2) ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಮಾನವ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ನಿಯೋಜಿಸಲಾಗುವುದು
- 3) ಪೂರೈಕೆ ಸರಪಳಿಯಲ್ಲಿ ದಕ್ಷತೆ
- 4) ಪಕ್ಷಪಾತವನ್ನು ನೆನಪಿಸುವುದು
- 5) ನೀಡುವ ಸೇವೆಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸ
- 6) ಜ್ಞಾನ ಪ್ರಸಾರಣದ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿತ್ವ
- 7) ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿ ಮಾರ್ಗ ಅವಲಂಬನೆ
- 8) ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದವರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಬಯಸುವ ವರ್ತನೆ, ಹಣಕಾಸು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವವರು
- 9) ಮೇಲುಸ್ತುವಾರಿ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆ
- 10) ಹಣಕಾಸಿನ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುತ್ತಿದೆ

ಅಡೆತಡೆಗಳು:

- 1) ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆಯ ಕೊರತೆ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಹೆಚ್ಚಿನ ವೆಚ್ಚಗಳು
- 2) ತುರ್ತು ಸಾರಿಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಕಳಪೆಯಾಗಿದೆ
- 3) ಅನೌಪಚಾರಿಕ ವೆಚ್ಚಗಳು
- 4) ಅವಕಾಶ ವೆಚ್ಚಗಳು
- 5) ಉಪ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ (ಸಿಇಎಂಒಎನ್‌ಸಿ) ಸೇವೆಗಳ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿ
- 6) ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಸೇವೆಗಳ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿ
- 7) ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿ ಗುಣಮಟ್ಟ ಮತ್ತು ದಕ್ಷತೆಯನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು
- 8) ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳಿಗಿರುವ ಹಣಕಾಸಿನ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ನೈಜ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿತರಿಸದಿರುವುದು ಸಹ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ
- 9) ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ, ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ / ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡ ವಿಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಒಂದು ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣ ನಗದು ಸವಲತ್ತುಗಳು

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

10) ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ / ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ / ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಸಮಯ ಮತ್ತು ಮುಂದುವರಿಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮಹಿಳೆ ಯರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ.

11) ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ / ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ / ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ವಿಷಯಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಪ್ರಮುಖ ನಿರ್ಧಾರಗಳನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ.

12) ನಿಜವಾದ ಆರ್ಥಿಕ ತೊಂದರೆ ಇರುವ ಜನರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕಾರ್ಡ್‌ಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

13) ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕಾರ್ಡ್ ದಾಖಲಾತಿಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಅಧಿಕೃತವಾಗಿದೆ.

14) ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಜೀವನಕ್ಕೆ 100% ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತದೆ ಆದ್ದರಿಂದ ಎಂಎಂಆರ್ ಮತ್ತು ಐಎಂಆರ್ ಅನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

1.1 ಸಮಸ್ಯೆಯ ಹೇಳಿಕೆ

ಸರ್ಕಾರಗಳು ಉಚಿತವಾಗಿ ನೀಡುತ್ತವೆ ಎಂದು ಹೇಳುವ ಅನೇಕ ಯೋಜನೆಗಳು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳ ಹೊರತಾಗಿಯೂ, ಆಂತರಿಕ ಮತ್ತು ಬಾಹ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ವರದಿಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗಳಿಗೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬ ವರದಿಗಳನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ವಿಭಿನ್ನ ಅಂಶಗಳು ಯಾವುವು ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಈ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಉದ್ದೇಶವು ವಿಶಾಲವಾದ ಮತ್ತು ಸಣ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದ ಮನೆಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಮೂಲಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವುದು. ಈ ಸಮೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಕರ್ನಾಟಕದ 5 ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ, ಪ್ರತಿ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ವಿಭಾಗದಿಂದ ಒಂದು ಜಿಲ್ಲೆ ಮತ್ತು ಬೆಳಗಾವಿ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ ಒಂದು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಇತರೆ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ವೆಚ್ಚವು ಕಡಿಮೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಬೆಳಗಾವಿ ಯಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳಿಗೆ ಸಮನಾಗಿವೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಬೆಳಗಾವಿ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಮಾದರಿಯ 5 ನೇ ಜಿಲ್ಲೆಯಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ಪ್ರಾರಂಭವಾದಾಗಿನಿಂದ ಗರ್ಭಿಣಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೈಕೆಗಳನ್ನು ಗುರಿಯಾಗಿರಿಸಿಕೊಂಡು ಸಾಕಷ್ಟು ಹೊಸ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವೃದ್ಧಿ ಉಪಕ್ರಮಗಳು ಮತ್ತು ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ, ಸರಬರಾಜು ಮತ್ತು ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಹಂಚಿಕೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಇವುಗಳಿಂದಾಗಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿವೆ. ಈ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಉಚಿತವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಾಗಿಸಿದರೂ, ಹೆಚ್ಚಿನ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಗಮನಾರ್ಹ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಾವತಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಆಗುವ ಖರ್ಚಿನ ಅಂಶವನ್ನು ಆಂತರಿಕ (ಜಿಲ್ಲಾ ಹಂತದ ಕುಟುಂಬ ಸಮೀಕ್ಷೆ -ಡಿಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್) ಮತ್ತು ಬಾಹ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳು (ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್) ಸೆರೆಹಿಡಿದಿವೆ.

1.1.1 ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ

ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಮತ್ತು ಔಷಧಗಳ ಮಾರಾಟಗಾರರಿಗೆ, ಚಿಕಿತ್ಸಕ ವಸ್ತುಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಇತರೆ ಸರಕು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳ ಪೂರೈಕೆದಾರರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಮರಳಿ ಪಡೆಯಲು ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ ಸುಧಾರಿಸಲು ಗ್ರಾಹಕರು ಮತ್ತು ಈ ರೀತಿಯ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು

ಒಳಗೊಂಡ ಮನೆಯವರು ವಿನಿಯೋಗಿಸುವ ಹಣವನ್ನು ವಿಶ್ವ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಸ್ವಂತದಿಂದ ಮಾಡುವ ಖರ್ಚು ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನವು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರದ ಅಥವಾ ಸರಬರಾಜು ಇಲ್ಲದ ಔಷಧಿಗಳ ಖರೀದಿಗೆ ತಗಲುವ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರಬಹುದು, ಆದರೆ ಇದು ಪೂರ್ವ ಪಾವತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ತೆರಿಗೆಗಳು ಅಥವಾ ವಿಮೆಗಾಗಿ - ಪಾವತಿಸಿದ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಸೇವೆಯ ಬಳಕೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ನೀಡುವವರಿಗೆ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಮಾಡಿದ ನೇರ ಪಾವತಿ ಎಂದು ಸ್ವಂತದಿಂದ ಮಾಡಿದ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಪೂರ್ವ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ತೆರಿಗೆಗಳು ಅಥವಾ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವಿಮಾ ಕಂತುಗಳು ಅಥವಾ ಕೊಡುಗೆಗಳು ಮತ್ತು ಸಾಧ್ಯವಾದರೆ, ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ಮಾಡಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಯಾವುದೇ ನಿವ್ವಳ ಮರು ಪಾವತಿಗಳು. ಇತ್ಯಾದಿ. (“ಡಬ್ಲ್ಯೂಹೆಚ್‌ಪಿ -ಸ್ವಂತ ಪಾವತಿಗಳು, ಬಳಕೆದಾರರ ಶುಲ್ಕಗಳು ಮತ್ತು ದುರ್ಘಟನಾ ವೆಚ್ಚಗಳು”)

1.2 ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಗುರಿ ಮತ್ತು ಉದ್ದೇಶಗಳು

1. ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸಣ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಮನೆಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುವುದು
2. ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕುಟುಂಬವು ಪೂರೈಸುವ ವಿವಿಧ ಮೂಲಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು.
3. ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ನಿರ್ಣಯಿಸಲು

1.3 ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಉದ್ದೇಶಗಳು

1. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ತಾಯಂದಿರಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರದ ಮಾತೃತ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದು.
2. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಕುಟುಂಬವು ವಿವಿಧ ವಸ್ತುಗಳಿಗೆ ಮಾಡಿದ ಖರ್ಚನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದು.
3. ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ವಿಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಉದ್ದೇಶಿತ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಪೂರೈಕೆಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದು.
4. ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮರ್ಪಕತೆಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುವುದು.
5. ಯೋಜನೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ನಗದು ಮತ್ತು ಇತರ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕಗಳ ಕ್ರಮಬದ್ಧತೆ ಮತ್ತು ನೈಜ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದು.
6. ಕುಟುಂಬವು ಸ್ವಂತ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಮೂಲಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವುದು.
7. ಸ್ವಂತ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚದ ಘಟಕವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುವುದು.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

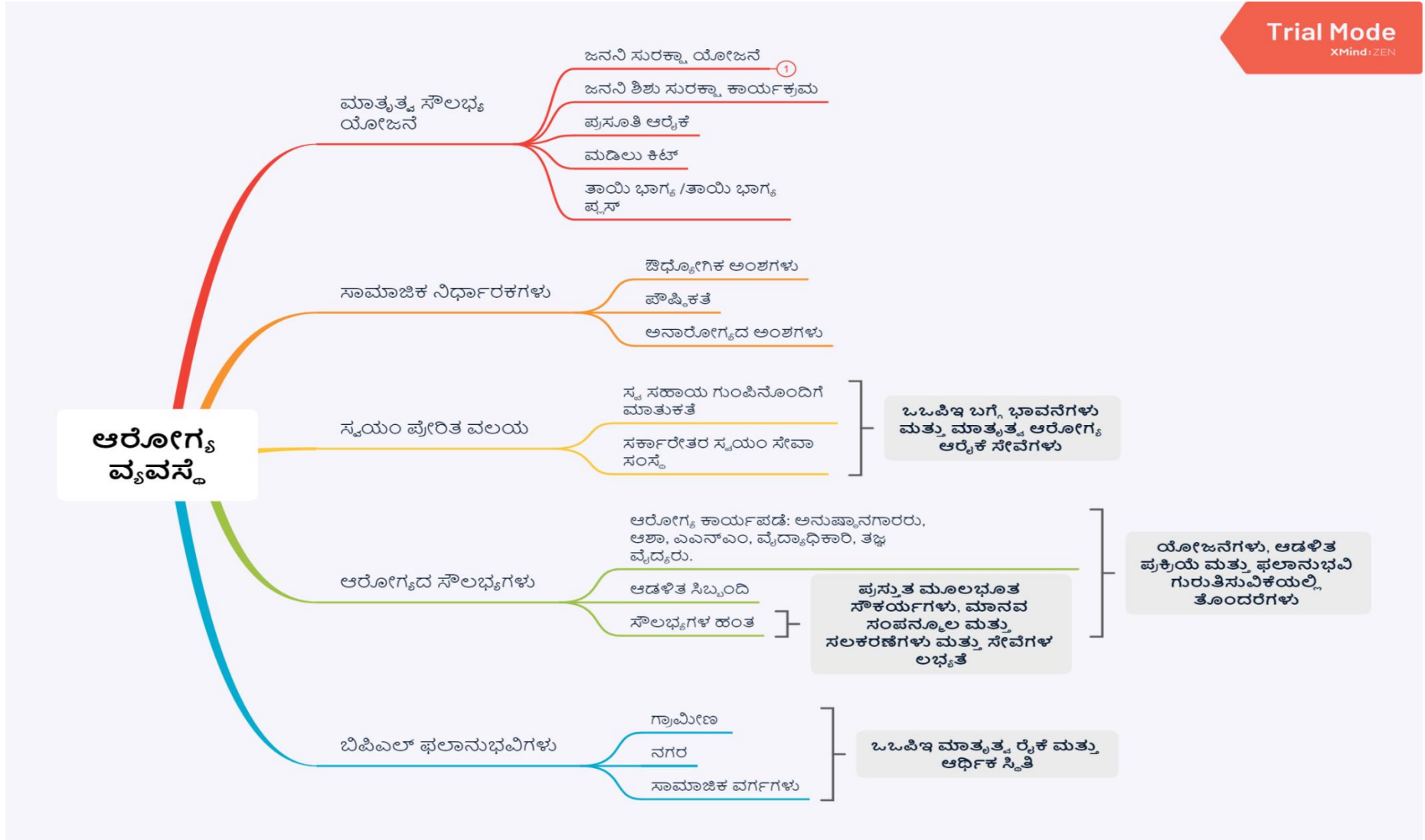
8. ಮಾತೃತ್ವ ಯೋಜನೆಗಳ "ಉತ್ತಮ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು" ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿತ್ವವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ಸೂಕ್ತ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸುವುದು.

1.4 ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ವಿಧಾನ

ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟಾರೆ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ನಿರ್ಣಯಿಸಲು ಗುಣಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಪರಿಮಾಣಾತ್ಮಕ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಮಿಶ್ರ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮಿಶ್ರ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯ ಮೂಲಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ನೋಡಲು ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಗುಣಾತ್ಮಕ ವಿಧಾನದಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾದ ದತ್ತಾಂಶಗಳು ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆಗಳು ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ಮಧ್ಯಸ್ಥಗಾರರೊಂದಿಗೆ ಮತ್ತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳೊಂದಿಗೆ ನಡೆಸಿರುವ ಸಂದರ್ಶನಗಳ ರೂಪದಲ್ಲಿವೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಪರಿಮಾಣಾತ್ಮಕ ಅಂಶಗಳು ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಂದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ವಿವಿಧ ಅಂಶಗಳು, ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಮತ್ತು ಸಲಹೆಗಳ ಮೂಲಕ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಹೇಗೆ ಮತ್ತು ಏಕೆ ಸಂಭವಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಹೇಗೆ ತಡೆಯಬಹುದು ಎಂಬ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಇದರೊಂದಿಗೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಹಿನ್ನೆಲೆ ಮತ್ತು ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಹಾಗೂ ಯೋಜನೆಗಳ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಅವರಿಗೆ ನೀಡಲಾದ ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಉಪಯೋಗಗಳ ಬಗ್ಗೆಯೂ ಸಾಕಷ್ಟು ಒತ್ತು ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಈ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ವಿಧಾನವನ್ನು ಕೆಳಗಿನ ಗ್ರಾಫ್ / ರೇಖಾಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ವಿಧಾನವನ್ನು ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕ - 1 ರಲ್ಲಿ ವಿವರವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ನಮ್ಮ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವು ಕೆಳಗಿನ ರೇಖಾಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದಂತೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ವಿಧಾನವನ್ನು ಆಧರಿಸಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಅದರಲ್ಲೂ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ, ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಹಲವಾರು ಅಂಶಗಳಿವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾದವು ಸಾಮಾಜಿಕ ನಿರ್ಧಾರಗಳು ಮತ್ತು ಅವು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ನೀಡುವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿನ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ ಮತ್ತು ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತವೆ. ವಿವಿಧ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ನಿರ್ಣಯಿಸಲು, ಸಾಮಾಜಿಕ ನಿರ್ಧಾರಗಳ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ.

ಚಿತ್ರ 1.2 ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಂದಿರುವ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ



ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

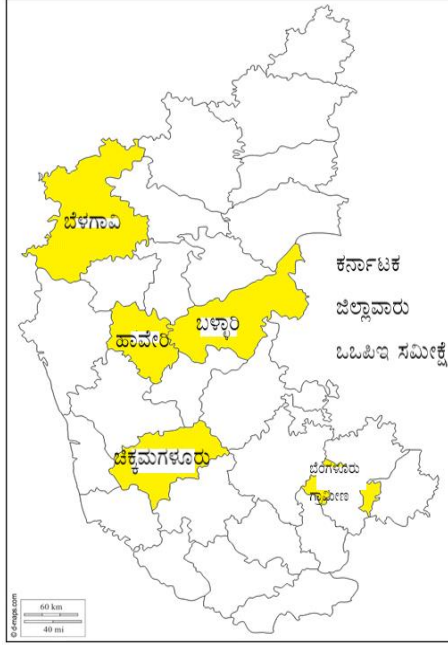
ಕೋಷ್ಟಕ 1.1 ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡುವುದು

ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ನಿಯತಾಂಕಗಳು	ದತ್ತಾಂಶದ ಮೂಲ	ಸಾಧನ	ಪ್ರಮುಖ ಫಲಿತಾಂಶ
<p>• ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಉದ್ದೇಶ: ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ತಾಯಂದಿರ ಮಾದರಿ ಆಯ್ಕೆಗಳಲ್ಲಿ, ಸರ್ಕಾರದ ಮಾತೃತ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡುವುದು. ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ವಿಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಉದ್ದೇಶಿತ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ತಾಯಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ಯೋಜನೆಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯುವುದು</p>			
<p>ವಿವಿಧ ತಾಯಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ದೊರಕುವ ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದ ಬಗ್ಗೆ ಇರುವ ಜ್ಞಾನದ ಮಟ್ಟ. - ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ, ಪ. ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪ.ಪಂಗಡ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಮನೆ ಹೆರಿಗೆ ಬದಲು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಲು ಕಾರಣಗಳು.</p>	<p>- ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ಮೊದಲು ಮತ್ತು ನಂತರ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳ (ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹೆರಿಗೆ) ಶೇಕಡಾವಾರು ವರದಿಗಳು (ದ್ವಿತೀಯ ದತ್ತಾಂಶ)- ಫಲಾನುಭವಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಂದರ್ಶನಗಳು (ಪ್ರಾಥಮಿಕ)</p>	<p>- ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಸಂದರ್ಶನ ವೇಳಾಪಟ್ಟಿಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆ ವರದಿಗಳು</p>	<p>ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲು ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಟ್ಟದ ಅರಿವು ಮುಖ್ಯ ಪ್ರೇರಕ ಅಂಶವಾಗಿದೆಯೇ? ಎಂದು ಪರಿಶೀಲಿಸುವುದು</p>
<p>• ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಉದ್ದೇಶಗಳು: “ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆ ಪಡೆದ ಕುಟುಂಬವು ಇತರ ವಸ್ತುಗಳಿಗೆ ಮಾಡಿದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡುವುದು” ಸ್ವಂತ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚದ ಘಟಕವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುವುದು. ಸ್ವಂತ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕುಟುಂಬವು ಪೂರೈಸುವ ಮೂಲಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವುದು.</p>			
<p>- ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದ ವ್ಯಾಪ್ತಿ- ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ (ಬಡತನ ರೇಖೆಯ) ಮಹಿಳಾ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಮೇಲಿನ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಮೊತ್ತ- ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ- ಸ್ವಂತ ವೆಚ್ಚದ ಮೂಲಗಳ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ</p>	<p>- ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ (ಬಡತನ ರೇಖೆಯ) ಮಹಿಳಾ ಫಲಾನುಭವಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಸಂದರ್ಶನ (ಪ್ರಾಥಮಿಕ ದತ್ತಾಂಶ)- ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ, ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರೊಂದಿಗೆ ಸಂದರ್ಶನ (ಪ್ರಾಥಮಿಕ ದತ್ತಾಂಶ)- ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳಾ ಫಲಾನುಭವಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆ (ಪ್ರಾಥಮಿಕ ದತ್ತಾಂಶ)</p>	<p>- ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಸಂದರ್ಶನ ವೇಳಾಪಟ್ಟಿಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಗುಂಪುಚರ್ಚೆ ಸರದಿಗಳು, ವರದಿಗಳ ಅಧ್ಯಯನ</p>	<p>ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ನಗದು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಸಮಯೋಚಿತ ಬಿಡುಗಡೆಯ ಕೊರತೆ ಇದೆಯೇ ಎಂದು ಪರಿಶೀಲಿಸುವುದು. ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಬಳಕೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿದೆಯೇ ಎಂದು ಪರಿಶೀಲಿಸುವುದು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಆಗುವ ವಿವಿಧ ವೆಚ್ಚಗಳಲ್ಲಿ</p>

			<p>ಪ್ರಮುಖವಾಗಿದೆಯೇ? ಎಂದು ಪರಿಶೀಲಿಸಲು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ವಿವಿಧ ಮೂಲಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲು</p>
<p>• ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಉದ್ದೇಶ: • ವಿವಿಧ ಮಾತೃತ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮರ್ಪಕತೆಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವುದು. • ತಾಯಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿರುವ ವಿವಿಧ ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಗಳ ಕ್ರಮಬದ್ಧತೆ, ಕ್ಲುಪ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹಣದ ವಿತರಣೆ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುವುದು..ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ "ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು" ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿತ್ವವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ಸೂಕ್ತ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸುವುದು.</p>			
<p>ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ವಿವಿಧ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಸಮಯೋಚಿತವಾಗಿ ಹಣವನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡುವುದು. ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ನಿಜವಾದ ವೆಚ್ಚದ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನಫಲಾನುಭವಿ ತಾಯಂದಿರಿಗೆ ನಗದು ಪ್ರಯೋಜನಗಳು ತಲುಪುತ್ತಿರುವ ವ್ಯಾಪ್ತಿ- ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಮತ್ತು ಇತರ ಪಾಲುದಾರರಿಂದ ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಆಗುವ ಖರ್ಚನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಕುರಿತು ಸಲಹೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು</p>	<p>- ನಗದು ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಹಸ್ತಾಂತರಿಸುವ ದಾಖಲೆಗಳು- ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ಆಶಾ (ಪ್ರಾಥಮಿಕ) ಅವರೊಂದಿಗೆ ಸಂದರ್ಶನ- ಸಂದರ್ಶನ / ಎಪ್ಪಿಡಿ - ಕ್ಷೇತ್ರದೊಳಗೆ (ಪ್ರಾಥಮಿಕ)</p>	<p>ಸಂದರ್ಶನದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳುಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಗುಂಪುಚರ್ಚೆ</p>	<p>ನಗದು ಸವಲತ್ತುಗಳು ನಿಜವಾಗಿಯೂ ಕಡಿಮೆ ಸವಲತ್ತಿರುವ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ, ಎಸ್ಸಿ ಮತ್ತು ಎಸ್ಸಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಲುಪುತ್ತಿದೆಯೇ ಎಂದು ಪರಿಶೀಲಿಸಲು ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಗಳನ್ನು ಉದ್ದೇಶಿತ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿದೆಯೇ ಎಂದು ಪರಿಶೀಲಿಸಲು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಉಪಯುಕ್ತ ಸಲಹೆಗಳು / ವಿಧಾನಗಳು ಇದೆಯೇ ಎಂದು ಪರಿಶೀಲಿಸಲು</p>

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಚಿತ್ರ 1.3 ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ ಕರ್ನಾಟಕದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು



ಪೂರ್ವ ಪರಿಶೀಲನೆಗೊಳಪಡಿಸಿದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯ ಮೂಲಕ ಕರ್ನಾಟಕದ ನಾಲ್ಕು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ವಿಭಾಗಗಳ ಐದು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಮೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಲಾಯಿತು. ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ, ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಸವೋತ್ತರ ಆರೈಕೆಯಂತಹ ವಿವಿಧ ಘಟಕಗಳ ಬಗ್ಗೆ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ ಇದು ವಿವಿಧ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾದ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಲು ಮಾಡಿದ ವೆಚ್ಚವಾಗಿದೆ. ಇದನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗೆ ನೀಡಿದ ವಹಿವಾಟು ವೆಚ್ಚಗಳವರೆಗೆ ಸಹ ವಿಸ್ತರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಮನೆಯ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆಗುವ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಮೂಲಗಳನ್ನು ಸೆರೆಹಿಡಿಯುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಐದು ಜಿಲ್ಲೆಗಳೆಂದರೆ, ಬೆಳಗಾವಿ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಬೆಳಗಾವಿ, ಹಾವೇರಿ, ಕಲಬುರಗಿ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಬಳ್ಳಾರಿ, ಮೈಸೂರು ವಿಭಾಗದ ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು ಮತ್ತು ಬೆಂಗಳೂರು ವಿಭಾಗದ ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು.

ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 10 ರಷ್ಟನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಂದ 2014-15 ಮತ್ತು 2015-16ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾದ ಶೇಕಡ 5 ರಷ್ಟು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳಾ ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು (ಆಯ್ದು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಂದ ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್ ಪಡೆದವರು) ವಿವರವಾದ ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಗೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಭೌಗೋಳಿಕ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ನಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸದ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಉದ್ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿರುವ ಕಾರಣ ನಗರ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ಕುಗ್ರಾಮ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುವಂತೆ ಶೇಕಡಾ 10 ರಷ್ಟು ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳನ್ನು ಯಾದೃಚ್ಛಿಕ ಮಾದರಿ ಆಯ್ಕೆ ವಿಧಾನವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ದೂರ / ಕಷ್ಟಕರ / ಕುಗ್ರಾಮ ಅಥವಾ ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಗರಿಷ್ಠ ಸಮೂಹ ಹೊಂದಿರುವ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳನ್ನು (ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಮುಂದಿನ ಹಂತದ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡುವಾಗ ಲಾಜಿಸ್ಟಿಕ್ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ಮಾನದಂಡವಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗಿದೆ. ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ನಗರ, ಕುಗ್ರಾಮ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಯಾದೃಚ್ಛಿಕವಾಗಿ (ಯಾಂಫಡಮ್) ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಆಯ್ದು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ವಿವರಗಳನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ 1.2 ರಲ್ಲಿ ನೋಡಬಹುದು.

ಕೋಷ್ಟಕ 1.2 ಆಯ್ದ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಾರಾಂಶ

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	ಭೌಗೋಳಿಕ ವಿಭಾಗಗಳು	ಒಟ್ಟು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	5 ಗ್ರಾಮೀಣ, 5 ಉಪವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, 0 ಪ್ರಯಾಸಕರ ಸ್ಥಳ	6
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	5 ಗ್ರಾಮೀಣ, 1 ನಗರ, 3 ಪ್ರಯಾಸಕರ ಸ್ಥಳ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ	10
ಹಾವೇರಿ	5 ಗ್ರಾಮೀಣ, ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ, 2 ಪ್ರಯಾಸಕರ	9
ಬಳ್ಳಾರಿ	3 ಗ್ರಾಮೀಣ, 3 ನಗರ, 2 ಪ್ರಯಾಸಕರ ಸ್ಥಳ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ	9
ಬೆಳಗಾವಿ	15 ಗ್ರಾಮೀಣ, 1 ಪ್ರಯಾಸಕರ ಸ್ಥಳ, 2 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ	18
ಒಟ್ಟು	33 ಗ್ರಾಮೀಣ, 4 ನಗರ, 8 ಪ್ರಯಾಸಕರ ಸ್ಥಳ, 4 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, 2 ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ, 1 ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	52

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಕುಗ್ರಾಮ/ ಪ್ರಯಾಸಕರ ಎಂಬ ಭೌಗೋಳಿಕ ವಿಭಾಗವಾರು ವಿಂಗಡಣೆ ಎಚ್‌ಎಂಐಎಸ್ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ವಿವಿಧ ನೇರ ಸಂಪರ್ಕಕ್ಕೆ ಬರುವ ಇಲಾಖೆಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರಿಂದ, ಕುಗ್ರಾಮ/ ಪ್ರಯಾಸಕರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲು ಇಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಎನ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್‌ಆರ್‌ಸಿ ದೇಶಾದ್ಯಂತ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ನಗರ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಂದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗಿರುವ ದೂರ, ರಸ್ತೆಯ ಲಭ್ಯತೆ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಾರಿಗೆ ಲಭ್ಯತೆ, ಗುಡ್ಡಗಾಡು / ಮರುಭೂಮಿ / ಅರಣ್ಯ / ದ್ವೀಪ ಪ್ರದೇಶ, ವೈದ್ಯರು / ದಾದಿಯರಿಗೆ ಸರ್ಕಾರಿ ವಸತಿ ಲಭ್ಯತೆ, ದಿನಕ್ಕೆ 8 ಗಂಟೆಗಳ ಕಾಲ ವಿದ್ಯುತ್ ಸರಬರಾಜು, ಶಾಲೆಯ ಅಂತರ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿರಿಸಿಕೊಂಡು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಿದೆ. ಕಷ್ಟಕರ (ಪ್ರಯಾಸಕರ) ವಾದ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯ ವರ್ಗೀಕರಣಕ್ಕೆ ಬಳಸಲಾದ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನವು ಹೀಗಿದೆ. ಕಷ್ಟಕರ(ಪ್ರಯಾಸಕರ) ಮತ್ತು ಅತ್ಯಂತ ಕಷ್ಟಕರ (ಅತಿ ಪ್ರಯಾಸಕರ): ಸೌಲಭ್ಯವು ನಗರ ಪ್ರದೇಶ / ಜಿಲ್ಲಾ ಕೇಂದ್ರದಿಂದ 60 ಕಿ.ಮೀ ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ದೂರದಲ್ಲಿದ್ದರೆ ಅದನ್ನು ದೂರದ ಸ್ಥಳ/ಕಷ್ಟಕರವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ

ಎ) ಈ ಸೌಲಭ್ಯವು ಇತರ ಪ್ರತಿಕೂಲ ವಾತಾವರಣ ಅಥವಾ ವಸತಿ ಮಾನದಂಡಗಳನ್ನು ಲೆಕ್ಕಿಸದೆ, ತಾಲ್ಲೂಕು ಕೇಂದ್ರ ಸ್ಥಾನದಿಂದ 30 ಕಿ.ಮೀ ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಹೆದ್ದಾರಿ ಅಥವಾ ಇತರ ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯನಿರತ ಹೆದ್ದಾರಿಯಿಂದ 10 ಕಿ.ಮೀ ದೂರದಲ್ಲಿರಬೇಕು: ಅಥವಾ

ಬಿ) ಮೇಲೆ ಹೇಳಿರುವ ಎರಡು (ಕ್ಷೇತ್ರ ಮತ್ತು ಹೆದ್ದಾರಿಯಿಂದ) ಅಂತರಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು ಕಡಿಮೆ ಇದ್ದರೂ, ಅದನ್ನು ಸರಿದೂಗಿಸಲು ಪ್ರತಿಕೂಲ ಪರಿಸರದ ಅಂಶಗಳು ಅಥವಾ ವಸತಿ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು ಅಥವಾ

ಸಿ) ಪ್ರತಿವರ್ಷ ಒಂದು ತಿಂಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ರಸ್ತೆ ಕಡಿತಗೊಂಡರೆ.ಮೇಲಿನ ಮಾನದಂಡಗಳನ್ನು ಆಧರಿಸಿದ ಎಕ್ಸೆಲ್ ಸಿಟ್‌ಗಳನ್ನು ಆಯ್ದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಎನ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್‌ಆರ್‌ಸಿ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್ ಡೌನ್‌ಲೋಡ್ ಮಾಡಲಾಗಿದ್ದು, ಇದೇ ಮಾನದಂಡಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿ ಕ್ಷಿಪಕರ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. (<http://nhsrcindia.org/resource-detail/karnataka/MjU3>) NHSRC (2020).

ಆಯ್ದ ಪಿಹೆಚ್‌ಸಿಗಳಲ್ಲಿ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕುಟುಂಬದ (ಬಡತನ ಕುಟುಂಬದ) ಮಹಿಳಾ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ವರ್ಷಾವಾರು ವಿವರಗಳನ್ನು ವಿವಿಧ ಸಮನ್ವಯ ಇಲಾಖೆಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಟ್ರ್ಯಾಕಿಂಗ್ ಪದ್ಧತಿ (ಎಂಸಿಟಿಎಸ್) ಜಾಲತಾಣದಿಂದ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಎಚ್‌ಎಂಬಿಎಸ್ ಜಾಲತಾಣದಲ್ಲಿ ತಿಂಗಳುವಾರು ದತ್ತಾಂಶ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರಿಂದ, 2013-14, 2014-15, 2015-16, ಮತ್ತು 2016-17ನೇ ಸಾಲಿನ ತಿಂಗಳವಾರು ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಈ ದತ್ತಾಂಶದಿಂದ, ಕೊನೆಯ ಮುಟ್ಟಿನ ಅವಧಿಗೆ (ಎಲ್‌ಎಂಪಿ) ದಿನಾಂಕಕ್ಕೆ 40 ವಾರಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸುವ ಮೂಲಕ ನಿಗದಿತ ಹೆರಿಗೆಯ ದಿನಾಂಕವನ್ನು ಲೆಕ್ಕಹಾಕಲಾಗಿದೆ. 1-6-2014 ಮತ್ತು 30-6-2016ರ ನಡುವಿನ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಹೆರಿಗೆ ದಿನಾಂಕಗಳನ್ನು (ಇಡಿಡಿ) ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಇದಲ್ಲದೆ, ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ವರ್ಗವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ವಾರ್ಷಿಕ ವರದಿಗಳ ಮೂಲಕ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಅಂದರೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ / ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ / ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ತಾಲ್ಲೂಕು ಹಾಗೂ ಡಿಹೆಚ್ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ವರ್ಷವಾರು ಮತ್ತು ಜಾತಿವಾರು ಪಟ್ಟಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ, ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡ ಮತ್ತು ಇತರರಿಗೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ (ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ / ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ / ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ / ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ) ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಶೇಕಡ 5 ರಷ್ಟು ಮಾದರಿಯನ್ನು ಜಾತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಈ ಪಟ್ಟಿಯಿಂದ ಆಯ್ಕೆಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಶೇಕಡ 5 ರಷ್ಟು ಮಾದರಿಗೆ, ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಅಲಭ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಸ್ಪಂದಿಸದಿರುವಿಕೆಯನ್ನು ಸರಿದೂಗಿಸಲು ಶೇಕಡ 10 ರಷ್ಟು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಾದಾರರನ್ನು ಸೇರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ / ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ / ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು, ಮಾದರಿ ಆಯ್ಕೆಯ (ಸ್ಯಾಂಪಲ್) ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಒಮ್ಮೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಅವರು ಸ್ಪಂದಿಸದ ಕಾರಣ ಆಯ್ಕೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಕೈಬಿಡಬೇಕಾಯಿತು. ಜಿಲ್ಲೆಯಾದ್ಯಂತದ ಮಾದರಿ ಗಾತ್ರವನ್ನು ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕ 1.3 ರಿಂದ ನೋಡಬಹುದು.

ಕೋಷ್ಟಕ 1.3 ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ಮಾದರಿ ಸಂಗ್ರಹ ಪ್ರಮಾಣ

ಜಿಲ್ಲೆ	ಒಟ್ಟು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು	ಮಾದರಿ ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹ
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	5521	294
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	5204	281
ಹಾವೇರಿ	7634	414
ಬಳ್ಳಾರಿ	7337	399
ಬೆಳಗಾವಿ	13591	716
ಒಟ್ಟು	39287	2104

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

1.5 ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಮತ್ತು ಮಾದರಿ

ಆಯ್ಕೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ 2014 - 2015 ಮತ್ತು 2015 - 2016 ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾದ ಶೇಕಡ 5 ರಷ್ಟು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳಾ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ನಡುವೆ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ಎರಡು ಅವಧಿಗೆ ಪ್ರಮಾಣಾನುಗುಣವಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲೂ ಶೇಕಡ 5 ರಷ್ಟು ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್ ಹೊಂದಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು 2014-15, 2015-16 ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ ಎರಡು ವರ್ಷಗಳ ಕಾಲ ಮಾತೃತ್ವ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಂದರ್ಶಿಸಲಾಗಿದೆ. ವಿವರಗಳನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ 1.4 ರಿಂದ ತಿಳಿಯಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಚಿತ್ರ 1.4 ವರ್ಷಗಳು ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	ಕಷ್ಟಕರ /ಕುಗ್ರಾಮ/ದೂರದ ಪ್ರದೇಶ			ಗ್ರಾಮೀಣ			ನಗರ			ಮಾಹಿತಿ	ಒಟ್ಟು
	ಜೂನ್ 2014-ಮೇ 2015	ಜೂನ್ 2015-ಮೇ 2016	ಒಟ್ಟು ದುಸ್ಥಿರ	ಜೂನ್ 2014-ಮೇ 2015	ಜೂನ್ 2015-ಮೇ 2016	ಒಟ್ಟು ಗ್ರಾಮೀಣ	ಜೂನ್ 2014-ಮೇ 2015	ಜೂನ್ 2015-ಮೇ 2016	ಒಟ್ಟು ನಗರ		
ಬೆಂಗಳೂರು				83	50	133	117	44	161		294
ಗ್ರಾಮಾಂತರ				14.07%	8.77%	11.47%	35.24%	11.61%	22.64%		13.97%
ಬೆಳಗಾವಿ	24	22	46	250	268	518	69	80	149	3	716
	19.35%	21.57%	20.35%	42.37%	47.02%	44.66%	20.78%	21.11%	20.96%	42.86%	34.03%
ಬಳ್ಳಾರಿ	39	28	67	65	71	136	57	138	195	1	399
	31.45%	27.45%	29.65%	11.02%	12.46%	11.72%	17.17%	36.41%	27.43%	14.29%	18.96%
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	18	11	29	94	72	166	62	22	84	2	281
	14.52%	10.78%	12.83%	15.93%	12.63%	14.31%	18.67%	5.80%	11.81%	28.57%	13.36%
ಹಾವೇರಿ	43	41	84	98	109	207	27	95	122	1	414
	34.68%	40.20%	37.17%	16.61%	19.12%	17.84%	8.13%	25.07%	17.16%	14.29%	19.68%
ಒಟ್ಟು	124	102	226	590	570	1160	332	379	711	7	2104
	5.89%	4.85%	10.74%	28.04%	27.09%	55.13%	15.78%	18.01%	33.79%	0.33%	100.00%

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ನಮ್ಮ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಶೇ. 10.74 ರಷ್ಟು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಾದಾರರು ಪ್ರಯಾಸಕರ ಸ್ಥಳದ ಪ್ರದೇಶದಿಂದ/ಕುಗ್ರಾಮಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಅಂದರೆ ಅವರು ತಾಲ್ಲೂಕು ಕೇಂದ್ರ ಸ್ಥಾನದಿಂದ 30 ಕಿ.ಮೀ ದೂರದಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಶೇಕಡ 55.13 ರಷ್ಟು ಜನರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದವರು ಮತ್ತು ಶೇಕಡ 33.79ರಷ್ಟು ಜನರು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವವರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಒಟ್ಟು 294 ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆದಾರರು ಅಂದರೆ ಶೇಕಡ 33.97 ರಷ್ಟು ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರವನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುತ್ತಿದ್ದು, 716 ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆದಾರರು ಅಂದರೆ ಶೇ.34 ರಷ್ಟು ಬೆಳಗಾವಿ, 399 ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆದಾರರು ಅಂದರೆ ಶೇಕಡ 18.96 ರಷ್ಟು ಬಳ್ಳಾರಿ, 281 ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆದಾರರು ಅಂದರೆ ಶೇಕಡ 13.36 ರಷ್ಟು ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು 414 ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆದಾರರು ಅಂದರೆ ಶೇಕಡ 19.68% ಮಂದಿ ಹಾವೇರಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಒಟ್ಟು 1046 ಅಂದರೆ ಶೇಕಡ 49.7 ರಷ್ಟು ಜನರು ಜೂನ್ 2014 ರಿಂದ ಮೇ 2015 ಮತ್ತು 1050 ಅಂದರೆ ಶೇಕಡ 50ರಷ್ಟು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆದಾರರು ಜೂನ್ 2015 ರಿಂದ ಮೇ 2016 ರ ಅವಧಿಯ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಉಳಿದ 0.3% ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳು ದೊರಕಿಲ್ಲ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಚಿತ್ರ 1.5 ಜಿಲ್ಲೆಯಾದ್ಯಂತ ಮಾದರಿ ಆಯ್ಕೆಯ (ಸ್ಯಾಂಪಲ್) ಸಂಸ್ಥೆಗಳು

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	ಉಪ ವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ / ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ	ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ	24X7 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ	ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರ	ನಗರ ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	0	1	0	3	2	0	6
ಬೆಳಗಾವಿ	0	0	2	7	9	0	18
ಬಳ್ಳಾರಿ	0	0	1	4	1	3	9
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	0	0	1	6	2	1	10
ಹಾವೇರಿ	1	1	0	5	2	0	9
ಒಟ್ಟು	1	2	4	25	16	4	52

ಅಧ್ಯಯನದ 5 ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಒಟ್ಟು 52 ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು 45 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದು ಅವುಗಳಲ್ಲಿ 33 ಗ್ರಾಮೀಣ, ನಾಲ್ಕು ನಗರ, ಎಂಟು ಪ್ರಯಾಸಕರ ಪ್ರದೇಶ/ಕಷ್ಟಕರ/ಕುಗ್ರಾಮ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿವೆ. ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾದ 45 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ, 25 ಅಂದರೆ ಶೇಕಡ 56 ರಷ್ಟು ವಾರದ 24 ಗಂಟೆಯು ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆ ನೀಡಬಲ್ಲ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಾಗಿದ್ದು, ಇಲ್ಲಿ ವಾರದ 24 ಗಂಟೆಯೂ ಹೆರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಬಲ್ಲ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವು ಲಭ್ಯವಿದ್ದು, ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ಮೂಲಭೂತ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳು ಸಹ ಇದೆ. 16 ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಹೆರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿವೆ. ನಗರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ನೀಡುತ್ತಿವೆ. ನಾಲ್ಕು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತು ಒಂದು ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಸಮೀಕ್ಷೆಯು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಈ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್‌ಗಳನ್ನು ಪಡೆದ 39287 ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಈ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಸಮೀಪದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದ 2104 ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ನಾವು ಸಮೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದ್ದೇವೆ. ಸಂಸ್ಥೆಗನುಗುಣವಾಗಿ ವಿಘಟನೆಯನ್ನು ಕೆಳಗೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 1.4 ಆಯಾ ಜಿಲ್ಲಾವಾರು, ಜಾತಿವಾರು/ವಾರ್ಷಿಕವಾರು ವಿಂಗಡಿಸಿದ ವಿವರ

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಸಂಸ್ಥೆಗಳು	ಜೂನ್ -2014- ಮೇ 2015				ಜೂನ್ -2015- ಮೇ 2016				ಒಟ್ಟು ಮಾಹಿತಿ ವಿವರ	ಒಟ್ಟು
	ಒಬಿಸಿ	ಎಸ್‌ಸಿ	ಎಸ್‌ಟಿ	ಒಟ್ಟು	ಒಬಿಸಿ	ಎಸ್‌ಸಿ	ಎಸ್‌ಟಿ	ಒಟ್ಟು		
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	165	30	5	200	71	17	6	94	0	294
ಬೈಲಾನರಸಪುರ	20	3	2	25	6	3	1	10	0	35
ದೊಡ್ಡಬಳ್ಳಾರಿ	10	4	1	15	11	3	1	15	0	30
ಜೋಡಿಗೆನಹಳ್ಳಿ	25	12	1	38	12	3	1	16	0	54
ಕೆ. ಮಲ್ಲಾಪುರ	4			4	4	2		6	0	10
ಕದನೂರ್	1			1	2	1		3	0	4
ಉಪ ವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದೊಡ್ಡಬಳ್ಳಾರಿ	105	11	1	117	36	5	3	44	0	161
ಬೆಳಗಾವಿ	251	82	10	343	287	63	20	370	3	716

ಅಕ್ಕೋಳ	15	1		16	13	2		15	0	31
ಅಶೋಕನಗರ	9	1		10	18	1	1	20	0	30
ಬೀದಿ	14	1		15	12			12	0	27
ಸ.ಆ.ಕೇ. ಕಬ್ಬೂರು	24	15		39	41	4		45	2	86
ಗಣೇಬೇಲ್	18	5	3	26	15	2	2	19	0	45
ಹಲಸಿ	5	1	2	8	8	1		9	0	17
ಇಟಗಿ	8		2	10	12	1	4	17	0	27
ಕಕ್ಕೇರಿ	7	3		10	14	2	4	20	0	30
ಕನಕುಂಬಿ	22		2	24	20		2	22	0	46
ಕೆರೂರು	18	15		33	23	15		38	0	71
ಖಾನಾಪುರ	1			1	1			1	0	2
ಲೊಂದ	9	2		11	12		2	14	0	25
ಮಾಣಕ್ ಪುರ	5	7		12	1	6		7	0	19
ಮಂಜರಿ	7	2		9	5	3		8	0	17
ಸ.ಆ.ಕೇ.ನಿಪ್ಪಾಣಿ	14	16		30	23	9	3	35	0	65
ಪಾರಿಸ್ ವಾದ್	33	1		34	26	5		31	0	65
ಪಟಕುಡಿ	11	3	1	15	21	4	1	26	0	41
ಸದಲಗ	16	6		22	19	6	1	26	1	49
ಯಾದೂರು	15	3		18	3	2		5	0	23
ಬಳ್ಳಾರಿ	77	63	21	161	125	85	26	237	2	399
ದೇವಸಮುದ್ರ	7	8	6	21	12	7	3	22	0	43
ಹೊಳಲು	12	6	1	19	22	8	2	32	0	51
ಕಂಪ್ಲಿ-ನಗರಆಸ್ಪತ್ರೆ	7	6	5	18	11	9	1	21	0	39
ಕಟ್ಟಬೆನ್ನೂರು	12	3	3	18	8	3	2	13	1	32
ಕೊತ್ತೂರು-ಸ.ಆ.ಕೇಂದ್ರ	13	6	2	21	14	25	1	40	0	61
ಎಂ.ಎಂ.ವಾದ	6	19		25	4	13		17	0	42
ಮಾಗಳ	11	8	2	21	10	3	2	15	0	36
ನಗರ - ಆಕಾಶವಾಣಿ	1			1	15		1	16	0	17
ನಗರ-ಗಾಂಧಿಚೌಕ	8	7	2	17	29	17	14	61	1	78
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	106	53	15	174	69	32	4	105	2	281
ಆಲ್ಲೂರು	10	6	1	17	2	4		6	1	24
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	45	15	2	62	18	4		22	0	84
ಹರಿಹರಪುರ	3	1		4	3	2		5	0	9
ಜಯಪುರ	7	4	1	12	1	2		3	0	15
ಕೆ.ಆರ್.ಪೇಟೆ	14	6		20	20	6		26	0	46
ಕಳಸ - ಸ.ಆ.ಕೇ.	4	3	10	17	3	2	4	9	0	26
ಕಳಸಪುರ	13	5		18	15	3		18	0	35
ಕಮ್ಮರಡಿ	2			2	1	2		3	0	5
ಮಲ್ಲಂದೂರು	6	11	1	18	3	4		7	0	25
ವಾಸ್ತರೆ	2	2		4	3	3		6	1	11
ಹಾವೇರಿ	119	24	25	168	167	44	33	245	2	414
ಹಟ್ಟಿಮತ್ತೂರು	12	6	2	20	19	4	3	26	1	47
ಹಾವೇರಿ-ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	10	3	1	14	11	7	16	34	0	48
ಹೊಸರಿಟ್ಟಿ	13	2	8	23	8	6	1	15	0	38
ಕಬ್ಬೂರು	9		1	10	15	4		19	0	29
ಕಡಕೊಳ	17	4	4	25	15	4	4	23	0	48

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಕಳಸೂರು	13	3	3	19	9	5	6	20	0	39
ಕರಡಗಿ	15	3	2	20	19	4	2	26	1	46
ಕಾಟೇನಹಳ್ಳಿ	20	1	3	24	19	2		21	0	45
ಸವಣೂರು ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ	10	2	1	13	52	8	1	61	0	74
ಒಟ್ಟು	718	252	76	1046	719	241	89	1049	9	2104

ಮೂಲ: ಹೆಚ್‌ಎಂಐಎಸ್

ಕೋಷ್ಟಕ 1.5 ಸಮೀಕ್ಷೆ ವಿಧಾನ

ಭಾಗೀದಾರರು	ದತ್ತಾಂಶ ವಿಧಾನ	ಸಂಗ್ರಹ	ಒಟ್ಟು/ಮಾದರಿ ಆಯ್ಕೆಯ ಸಂಖ್ಯೆ	ಮಾದರಿ ತತ್ವ
ಫಲಾನುಭವಿಗಳು	ಸಮೀಕ್ಷೆ		2014	ಶೇಕಡೆ 5%ರಷ್ಟು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು
ಫಲಾನುಭವಿಗಳು	ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಚರ್ಚೆ	ಗುಂಪು	52	ಪ್ರತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಒಂದು
ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟ	ಸಂದರ್ಶನ		15	ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ 3
ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ತಾಲ್ಲೂಕು ಮಟ್ಟ	ಸಂದರ್ಶನ		12	ಪ್ರತಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ತಲಾಒಂದು
ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರ/ಸ.ಆ.ಕೇಂದ್ರ/ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ /ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಂತ	ಸಂದರ್ಶನ		52	ಒಬ್ಬ ವೈದ್ಯರು ಪ್ರತಿ ಪ್ರಾ.ಆ. ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ
ಆಶಾ	ಸಂದರ್ಶನ		52	ಪ್ರತಿ ಪ್ರಾ.ಆ. ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಒಬ್ಬರು
ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು- ಎಎನ್‌ಎಮ್ ಅಥವಾ ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು	ಸಂದರ್ಶನ		52	ಪ್ರತಿ ಪ್ರಾ.ಆ. ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಒಬ್ಬರು

1.6 ಅಡೆತಡೆಗಳು / ಮಿತಿಗಳು

ಈ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದಲ್ಲಿ, ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹಕಾರರು ಫಲಾನುಭವಿ ಮನೆಗಳಿಗೆ ಸಮೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಲು ಭೇಟಿ ನೀಡಿದರು, ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಯಿತು, ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಭಾಗೀದಾರರನ್ನು ಸಂದರ್ಶನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಯಿತು. ಆಯ್ದು ಜಿಲ್ಲೆಗಳು, ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ದೊರೆತ ಸಹಕಾರದ ಮೇಲೆ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದಲ್ಲಿನ ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹವನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು. ಇದಲ್ಲದೆ, ಲೋಕಸಭಾ ಚುನಾವಣೆಯ ಘೋಷಣೆ, ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದ್ದ ನೀತಿ ಸಂಹಿತೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕದ ಪ್ರವಾಹದಿಂದಾಗಿ ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹದಲ್ಲಿ ವಿಳಂಬಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಯಿತು.

ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆಯಾದ ಐದು ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಐವತ್ತೆರಡು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಆಯ್ದು ಐದು ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಇತರ ಎಂದರೆ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡದ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲಾಗಿಲ್ಲ. 2014 - 2015 ಮತ್ತು 2015 - 2016 ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ

ನೀಡಲಾಗಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟವು ಸುಧಾರಿಸಿದೆಯೇ / ಕುಸಿದಿದೆಯೇ ಎಂದು ನಿರ್ಧರಿಸುವಾಗ, ಅಧ್ಯಯನದ ವರ್ಷ ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟವು ಅರ್ಹತೆಯನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಉನ್ನತ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪಿದೆ ಎಂದು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ವಿಫಲತೆ ಅಥವಾ ಯಶಸ್ಸನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಲು ಪರಿಪೂರ್ಣವಾದ ಮಾನದಂಡಗಳಿರದ ಕಾರಣ ಈ ಯೋಜನೆಯ ನೈಜ ಚಿತ್ರಣ ಸಿಕ್ಕಿಲ್ಲ.

1. ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಕಳೆದ ಐದು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದಿನ ಹಾಗೂ ಇತ್ತೀಚಿನ ಮೂರು ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ ಖರ್ಚಿನ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೆನಪಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿರುವುದರಿಂದ, ಅಧ್ಯಯನದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಮೇಲೆ ನೆನಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರ ಹಿಂದಿರುವ ಪೂರ್ವಾಗ್ರಹಗಳು ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿರುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ, ಹಾಗಾಗಿ ನೆನಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರ ಹಿಂದಿರುವ ಪೂರ್ವಾಗ್ರಹ ಅಧ್ಯಯನದ ಮಿತಿಯಾಗಿದೆ.
2. ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ವೆಚ್ಚಗಳು ಕೇವಲ ನೇರ ವೆಚ್ಚಗಳು ಮತ್ತು ಪರೋಕ್ಷ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿಲ್ಲ.
3. ಈ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಅಧ್ಯಯನ ವಿನ್ಯಾಸವನ್ನು ಪೂರ್ವ ಪರೀಕ್ಷೆಯ (ಬೇಸ್ ಲೈನ್) ದತ್ತಾಂಶದೊಂದಿಗೆ ಹೋಲಿಕೆ ಮಾಡಿರುವುದಿಲ್ಲ.
4. ಈ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಅಧ್ಯಯನವು ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ವಿನ್ಯಾಸವನ್ನು ಸಾಕಾರಗೊಳಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಪಡೆಯದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಹೋಲಿಕೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ
ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಅಧ್ಯಾಯ - 2 ಸಾಹಿತ್ಯದ ಅವಲೋಕನ

2.1 ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಐತಿಹಾಸಿಕ ಪ್ರವೃತ್ತಿಗಳು

ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಐತಿಹಾಸಿಕ ಪ್ರವೃತ್ತಿಗಳು ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ನಂತರ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಪ್ರಮುಖ ಭಾಗವಾಯಿತು. 1947-60 ರವರೆಗೆ ಸೇವೆ ದೊರೆಯದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ವಿಸ್ತರಣೆ ಮಾಡಲು ಗಮನ ಹರಿಸಲಾಯಿತು ಮತ್ತು ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯವು ಮೊದಲ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ವಿಸ್ತರಿಸಿದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದೊಂದಿಗೆ ಆದ್ಯತೆಯ ಅಂಶವಾಯಿತು. 1960-80ರವರೆಗೆ ಭಾರತವು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಗುರಿ ನಿಗದಿ ಪಡಿಸಿಕೊಂಡು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿತು. 1980-90ರಲ್ಲಿ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳು ಮತ್ತು ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿತು. ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ರೂಪುರೇಷೆ ತಯಾರಿಕೆ ಹಾಗೂ ರಚನೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ಪರಿಣಾಮ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಹೂಡಿಕೆ ಏರಿಕೆಯಾಯಿತು ಮತ್ತು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಸಮಗ್ರ ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು (1990-2000) ಪರಿಚಯಿಸಲಾಯಿತು. 2000 ರ ನಂತರದ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸಲು ಗುರಿಗಳನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸಲಾಯಿತು. 2005 ರಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಯಿತು, ಇದು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ, ತಾಯಿ ಆರೋಗ್ಯ, ನವಜಾತ ಶಿಶು, ಮಕ್ಕಳ ಹಾಗೂ ಹದಿಹರೆಯದವರ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ಹಣಕಾಸಿನ ಸಹಾಯವನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸುವುದರೊಂದಿಗೆ, ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ವಿಕೇಂದ್ರೀಕರಣದ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿತು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿನ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಉಪಕ್ರಮಗಳು ಭಾರತೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಾನದಂಡಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ (ಅವನ್, ಶ್ರೀವಾಸ್ತವ, ಭಟ್ಟಾಚಾರ್ಯ, & ಕ್ಲಾರ್, 2014). ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಜಾಗತಿಕ ಅಭ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು 2014 ರಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗುಣಮಟ್ಟ ಖಾತರಿ ಮಾನದಂಡಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸೇವೆಗಳ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ಜಿಲ್ಲಾ / ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಭರವಸೆ ಸಮಿತಿಗಳನ್ನು ರಚಿಸಲಾಗಿದೆ. 2017 ರಿಂದ, ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರವು ಹೆರಿಗೆ ಕೋಣೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡುವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಉಪಕ್ರಮವಾದ ಲಕ್ಷ್ಯವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಪ್ರಾರಂಭವು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳಿಗೆ ಷರತ್ತುಬದ್ಧ ನಗದು ವರ್ಗಾವಣೆಯನ್ನು ತಂದಿತು. ಇದೇ ರೀತಿ ಷರತ್ತು ಬದ್ಧ ನಗದು ವರ್ಗಾವಣೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರ ಕೆಲವು ಪ್ರಾಯೋಜಿತ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳೂ ಇವೆ. ಷರತ್ತುಬದ್ಧ ನಗದು ವರ್ಗಾವಣೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು (ಸಿಸಿಟಿ) ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ನಡವಳಿಕೆಯ ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಿದ ನಂತರ ಜನರಿಗೆ ಹಣವನ್ನು ನೀಡುತ್ತವೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ನಿಯಮಿತವಾಗಿ ಭೇಟಿ ನೀಡುವುದು ಮತ್ತು ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ನಗದು ವರ್ಗಾವಣೆಗೆ ವಿಧಿಸಿರುವ ಷರತ್ತಾಗಿದೆ. ಸಿಸಿಟಿಗಳು ಬಡತನವನ್ನು ನಿವಾರಿಸುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಉದ್ದೇಶದೊಂದಿಗೆ ಪರಿಚಯಿಸಲಾಗಿರುವ ಹೊಸ ರೀತಿಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಾಗಿವೆ (WHO, 2008). ಷರತ್ತುಬದ್ಧ ನಗದು ವರ್ಗಾವಣೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಬೇಡಿಕೆಯನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುತ್ತದೆ (WHO, 2008). NRHM ಪ್ರಾರಂಭವಾದಾಗಿನಿಂದ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಆಗಿರುವ ಹೆಚ್ಚಳ ಈ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಷರತ್ತುಬದ್ಧ ನಗದು ವರ್ಗಾವಣೆಯು ತಾಯಂದಿರ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಮನೆಯವರು ಭರಿಸುವ ಖರ್ಚಿನ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿದೆ. 2014-15 ಮತ್ತು 2015-16ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಅರ್ಹ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದರೆ ರೂ. 2000 ಮತ್ತು ನೋಂದಾಯಿತ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದರೆ ರೂ. 1000 ವನ್ನು ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ವತಿಯಿಂದ ನೀಡಲಾಯಿತು. ಇವುಗಳಲ್ಲದೆ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕಾರ್ಡ್‌ಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಅರ್ಹ ಮಹಿಳೆಯರು ಮಡಿಲು ಕಿಚ್ ಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ.

2.2 ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ವೆಚ್ಚಗಳು

ಸೇವೆಯ ಬಳಕೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ನೀಡುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ನೀಡುವ ಹಣವನ್ನು ಅಥವಾ ನೇರ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಪಾವತಿಗಳು ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಹಣವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೂ ಪಾವತಿ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯಿಂದಾಗಿ ಕುಟುಂಬಗಳು ಆಫಾತಕಾರಿ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗಬಹುದು ಮತ್ತು ಇದು ಅವರನ್ನು ಇನ್ನಷ್ಟು ಬಡತನಕ್ಕೆ ದೂಡಬಹುದು ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಊಹಿಸಿವೆ. ಒಳರೋಗಿಗಳಾಗಿ ದಾಖಲಾಗುತ್ತಿರುವವರ ವಿವಿಧ ರೋಗ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ಬಡತನವೇ ಕಾರಣವೆಂದು ಅನೇಕ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ವರದಿ ಮಾಡಿವೆ. ಹೆರಿಗೆಯ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ಅಳಿಯುವುದನ್ನು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಗೃಹ ಸಮೀಕ್ಷೆ -4 (ಡಿಎಲ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ -4) ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕುಟುಂಬ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆ -4 (ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್-4) ಮೂಲಕ ಭಾರತೀಯ ದೊಡ್ಡ-ಪ್ರಮಾಣದ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳು ಪರಿಚಯಿಸಿತು. ಇದು ಜಿಲ್ಲೆ, ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ದೇಶ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸ್ವತಂತ್ರವಾಗಿ ಆಗುವ ಖರ್ಚಿನ ಅಂದಾಜು ವಿವರಗಳನ್ನು ಬಹಿರಂಗ ಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಎನ್‌ಎಫ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ 4 ರ ಸಮೀಕ್ಷೆ 568200 ಮನೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ, ಡಿಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ -4 ಕರ್ನಾಟಕದ 35000 ಮನೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಈ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾದರಿ ಸಮೀಕ್ಷಾ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಉಪ ಭೋಗಗಳ ಕುರಿತು ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತದೆ. ಇದು ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರಿಸುವುದು, ಮಹಿಳೆಯರ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಮತ್ತು ಪ್ರಸವದ ನಂತರದ ಆರೈಕೆಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಮಾಡಿದ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಸ್ವತಂತ್ರವಾಗಿ ಆಗುವ ಇತರ ಖರ್ಚುಗಳ ಕುರಿತು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಭೌಗೋಳಿಕ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿದೆ.

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ನೀಡುವ ಹೆರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಆಗುವ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕವು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ 6 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ, ಪ್ರಥಮ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಮಣಿಪುರ ಆಕ್ರಮಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ ಮತ್ತು ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳ, ಕೇರಳ, ಅರುಣಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ, ನಾಗಾಲ್ಯಾಂಡ್ ಮತ್ತು ಗೋವಾ ನಂತರದ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಎನ್‌ಎಫ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್-4 ವರದಿಗಳ ಪ್ರಕಾರ, ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗಾಗಿ ಸ್ವತಂತ್ರವಾಗಿ ಆಗುವ ಖರ್ಚು ರೂ. 4,824, ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತಗಲುವ ವೆಚ್ಚ ರೂಪಾಯಿ 22,882 ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಆದರೂ ತಗಲುವ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚ 11,630 ರೂಪಾಯಿಗಳಾಗಿವೆ.

ಕರ್ನಾಟಕದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ, ಸ್ವತಂತ್ರವಾಗಿ ಆಗುವ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಬೆಂಗಳೂರು ಸರಾಸರಿ ರೂ. 9933 ರೊಂದಿಗೆ ಮೊದಲ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ ಮತ್ತು ಯಾದಗಿರಿ ರೂ. 1966 ರ ಸರಾಸರಿಯೊಂದಿಗೆ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಸಮೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಲಾದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ರೂ. 5600 ರ ಸರಾಸರಿಯೊಂದಿಗೆ 6 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಬೆಳಗಾವಿ ರೂ. 4521 ರ ಸರಾಸರಿಯೊಂದಿಗೆ 11 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಸರಾಸರಿ ರೂ. 4413 ರೊಂದಿಗೆ 13 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು ಸರಾಸರಿ ರೂ. 3920 ರೊಂದಿಗೆ 17 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ ಮತ್ತು ಹಾವೇರಿ ಸರಾಸರಿ ರೂ. 2886 ರೊಂದಿಗೆ 24 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿವೆ, ಆ ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಏಕೆ ಸಂಭವಿಸುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯುವ ಉದ್ದೇಶವನ್ನು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಹೊಂದಲಾಗಿದೆ.

2.3 ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು

ಹೊರ ರೋಗಿ ವಿಭಾಗಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ತಗಲುವ ಸ್ವಂತ ವೆಚ್ಚ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ನಗರಗಳಲ್ಲಿಯೇ ಹೆಚ್ಚು ಎಂದು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಾದಾರರು ವರದಿಮಾಡುತ್ತಾರೆ ಎಂದು ಶಂಕರ್ ಪ್ರಿಂಜಾ ಮತ್ತಿತ್ತರು (2018) ಅವರ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅನಾಮಿಕಾ ಪಾಂಡೆ, (2018) ಮನೆಯ ಸದಸ್ಯರ ವಯಸ್ಸಿನ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗೆ ಪಾವತಿಸುವ ಸ್ವಂತ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ವಿಕೋಪಗಳ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾಡುವ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸುತ್ತಾರೆ. 1993-94ರ ಖರ್ಚು ಸಮೀಕ್ಷೆ (ಶೇಕಡ 12.4) ಮತ್ತು 2011-12ರ ಖರ್ಚು ಸಮೀಕ್ಷೆ (ಶೇಕಡ 18.2) ಗಳ ನಡುವೆ ವಿಕೋಪದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾಡುವ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ಪ್ರಮಾಣದ 1.47 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ, ಮತ್ತು 1995-1996ರ ಬಳಕೆಯ ಸಮೀಕ್ಷೆ (ಶೇಕಡ 11.1) ಮತ್ತು 2014 ರ ಬಳಕೆಯ ಸಮೀಕ್ಷೆ (ಶೇಕಡ 24.9) ಗಳ ನಡುವೆ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ಪ್ರಮಾಣವು 2.24 ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ವರದಿ ಮಾಡಿದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಅಧ್ಯಯನದ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಈ ಹೆಚ್ಚಿನ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ಬಳಕೆಯ ಅನುಪಾತವು ಶ್ರೀಮಂತರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ ಬಡವರಲ್ಲಿಯೇ ಜಾಸ್ತಿಯಾಗಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಹಿನ್ನೆಲೆ ಹೊಂದಿರುವ ಹಿರಿಯರು, ಮಾತೃ ಪ್ರಧಾನ ಕುಟುಂಬದ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು ಹಾಗೂ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಅಪಾಯಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿವೆ.

ಸಂಜಯ್ ಕೆ. ಮೊಹಂತಿ ಮತ್ತು ಅನ್ಯೂಲ್ ಕಾಸ್ಪರ್ಡ್ (2017) ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾದರಿ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ 60 ಮತ್ತು 71 ನೇ ಸುತ್ತಿನ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಎನ್‌ಹೆಚ್‌ಎಂ ಪೂರ್ವ ಮತ್ತು ನಂತರದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ನೀಡುವವರಿಂದ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ವ್ಯಯಿಸಲಾದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ವಿಕೋಪ ಆರೋಗ್ಯ ಖರ್ಚು (ಸಿಎಚ್‌ಎಸ್) ಗಳನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆ ಪಡೆಯುವ ಮಹಿಳೆಯರು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವವರು ಮತ್ತು ಬಡ ಕುಟುಂಬಗಳು ತಾಯಿಯ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ವಿಕೋಪದ ಸಂದರ್ಭದ ಆರೋಗ್ಯ ಖರ್ಚನ್ನು ಎದುರಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚು.

ಸಂಜಯ್ ಕೆ ಮೊಹಂತಿ ಮತ್ತು ಆಕಾಂಕ್ಷಾ ಶ್ರೀವಾಸ್ತವ (2013) ಡಿಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ -3 ದತ್ತಾಂಶದ ಮೂಲಕ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳಿಗೆ ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಆಗುವ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಆಯಾಮಗಳ ಮೂಲಕ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಾರೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿನ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಹಣದುಬ್ಬರಕ್ಕೆ ಸರಿಹೊಂದಿಸುವುದು ಕಾಲಾನಂತರದಲ್ಲಿ ಕುಸಿದಿದೆ. ಬಹುಶಃ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ಖರ್ಚು ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.

ಶಾರದಿಯಾ ಮುಖರ್ಜಿ (2013) 'ವಿಕೋಪದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ' ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಖರ್ಚಿನ ಸಂಭವ ಮತ್ತು ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅವರು ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಅಂಶಗಳು ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಪರಸ್ಪರ ಹೇಗೆ ಹೊಂದಿಕೆಯಾಗಿವೆ ಎಂಬುದರ ಮೇಲೆ ಗಮನ ಹರಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಬಡತನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಪಾವತಿಗಳಿಂದ ಉಂಟಾಗಿದೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಾರೆ. ನಗರ ವಲಯದಲ್ಲಿರುವ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಖರ್ಚು ಗ್ರಾಮೀಣ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಆಗುವ ಖರ್ಚಿಗಿಂತ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಎಂದು ಅವರು ವರದಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಖರ್ಚಿನ ವೆಚ್ಚವು ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಬಡತನದ ಪ್ರಮಾಣವು ಹೆಚ್ಚಾಗಲು ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ, ನಗರ ಮತ್ತು ಜಾತಿವಾರು ಆಧಾರಿತ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳೂ ಇದರಲ್ಲಿವೆ. ಆ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಏನೆಂದು ತಿಳಿಯಲು ನಾವು ಉದ್ದೇಶಿಸಿದ್ದೇವೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

2.4 ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಯ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು

ಟಿಜಿಯಾನಾ ಲಿಯೋನ್ (2013) ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದ ಮಹಿಳೆಯರು ರಾಷ್ಟ್ರ, ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಡಿದ ಖರ್ಚಿನ ಮಟ್ಟವನ್ನು 2004 ರ ನ್ಯಾಶನಲ್ ಸ್ಯಾಂಪಲ್ ಸರ್ವೇ ಸಂಸ್ಥೆಯ ದತ್ತಾಂಶಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಕುಟುಂಬಗಳು ಮಾತೃತ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಪಾವತಿಸುತ್ತಿವೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಹೇಳುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಆರೈಕೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸುವವರು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸುವವರಿಗಿಂತ ಸುಮಾರು ನಾಲ್ಕು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ಹಣವನ್ನು ಪಾವತಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವವರು ಮತ್ತು ಕಡು ಬಡ ಸಮುದಾಯಗಳು ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಸುಲಕ್ಷಣ ನಂದಿ (2017) ರವರು ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನವು 71 ನೇ ಸುತ್ತಿನ ಎನ್‌ಎಸ್‌ಎಸ್‌ಒ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಾಗಿ ಬಳಸುತ್ತದೆ. ಮಹಿಳೆಯರು, ಗ್ರಾಮೀಣ ನಿವಾಸಿಗಳು, ಅನುಸೂಚಿತ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗದವರು ಮತ್ತು ಬಡ ಗುಂಪುಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗೆ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚು ವಿಮಾದಾರರು ಸ್ವಂತ (ಒಬಿಪಿ) ಖರ್ಚಿನಿಂದ ಹೊರಗುಳಿಯುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದ್ದರೂ, ವಿಮೆ ಮಾಡಿದವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಖಾಸಗಿ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಎರಡೂ ವಲಯದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಬಳಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಅದರೊಂದಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನೂ ಭರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಈ ವೆಚ್ಚಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು. ಆ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಏನೆಂದು ತಿಳಿಯಲು ನಾವು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಉದ್ದೇಶಿಸಿದ್ದೆವು.

2.5 ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು

ಕರ್ನಾಟಕದ ಗ್ರಾಸ್ಮೂಟ್ಸ್ ರಿಸರ್ಚ್ ಅಂಡ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸಿಸ್ ಮೂವ್ಮೆಂಟ್ (2015) ಸಂಸ್ಥೆಯು 'ಸಿ' ವರ್ಗದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ 24 X 7 ಪಿಹೆಚ್‌ಸಿಗಳ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಡೆಸಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕದ ಅನೇಕ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಮೇಲ್ದರ್ಜೆಗೇರಿಸಿ ಅವು 24 X 7 ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳೊಂದಿಗೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಎಂಎಂಆರ್ ಮತ್ತು ಐಎಂಆರ್ ಅನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಶಿಫಾರಸುಗಳು ಹೀಗಿವೆ

- ಅಧಿಕ ತೂಕವಿರುವ ಶಿಶುಗಳ ಜನನದ ಎಷ್ಟು ಹೆರಿಗೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆಯೋ ಅದನ್ನು ಮಾನದಂಡವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಿ, ಕಾರ್ಯ ಕ್ಷಮತೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನಿಧಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
- ಹೆಚ್ಚಿನ ಹೆರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಗರ್ಭಿಣಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ದಾಖಲಿಸುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಹಾಸಿಗೆಗಳು, ಸಿಬ್ಬಂದಿ, ಸಾರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು, ಔಷಧ ಮತ್ತು ಇತರ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ವಿಶೇಷ ಅನುದಾನದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಅನ್ವೇಷಿಸುವುದು (ಅಥವಾ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಗಳನ್ನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಾಗಿ ಮೇಲ್ದರ್ಜೆಗೇರಿಸುವುದು).
- ಸಂಸದ್ ಆದರ್ಶ ಗ್ರಾಮ ಯೋಜನೆ, ಬಿಆರ್‌ಜಿಎಫ್ ಮುಂತಾದ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆಗಳನ್ನು ವಹಿಸುವ (ಬಡತನ ನಿರ್ಮೂಲನೆ, ನೈರ್ಮಲ್ಯ, ಪೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ಸಬಲೀಕರಣ)

ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಅನ್ವೇಷಿಸುವುದು.ಇದನ್ನು ಹಿನ್ನೆಲೆಯಾಗಿ ಬಳಸುವುದರಿಂದ ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ವಿವಿಧ ಪ್ರಕಾರಗಳ ಮೇಲೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚುಗಳು ಬದಲಾಗುತ್ತವೆಯೇ? ಎಂದು ನಾವು ನೋಡಲಿಚ್ಛಿಸುತ್ತೇವೆ.

2.6 ಸಾಹಿತ್ಯದ ವಿಮರ್ಶೆಯ ಸಾರಾಂಶ

ವಿವಿಧ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದ ಮಾದರಿ ಆಯ್ಕೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡು ಮಾಡಲಾದ ಅಧ್ಯಯನ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚುಗಳ ಸರಾಸರಿ ರೂ 4500 ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಎಂದು ಉಲ್ಲೇಖಿಸುತ್ತವೆ, ಆದರೆ ಎನ್‌ಎಸ್‌ಎಸ್‌ಓ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕುಟುಂಬ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆ (ಓಈಊಒ) ಯಿಂದ ದ್ವಿತೀಯ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಮಾಡಲಾದ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಹೆರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಅದರಲ್ಲೂ ಕೇವಲ ಹೆರಿಗೆಯೊಂದಕ್ಕೇ (ರೂ.10,000 ಮತ್ತು ಮೇಲಿನ) ದಾಖಲಿಸುತ್ತವೆ. (ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಸಾಹಿತ್ಯ ಹುಡುಕಾಟವು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಊಹಿಸಿದಂತೆ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲಿಲ್ಲ. ಯಾವುದೇ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಸಾರಿಗೆಯನ್ನು ಖರ್ಚಿನ ವಿವರವಾಗಿ ಒಳಗೊಂಡಿಲ್ಲ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಹೆರಿಗೆಯ ತನಕ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ನೋಡುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರದ ಖರ್ಚುಗಳ ಮೇಲೆ ಗಮನವನ್ನು ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್-4 ವರದಿಗಳ ಪ್ರಕಾರ, ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಆಗುವ ಸರಾಸರಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ರೂ.4,824, ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ರೂ.22,882 ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ತಗಲುವ ಸರಾಸರಿ ಖರ್ಚು ರೂ.11,630. ಕರ್ನಾಟಕದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ (ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್-4) ಬೆಂಗಳೂರು ಸರಾಸರಿ ರೂ. 9933 ನೊಂದಿಗೆ ಪ್ರಥಮ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ ಮತ್ತು ಯಾದಗಿರಿ ರೂ. 1966 ರ ಸರಾಸರಿಯೊಂದಿಗೆ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಸಮೀಕ್ಷೆ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ, ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರವು 6 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ, ಸರಾಸರಿ ರೂ.5600. ಬೆಳಗಾವಿ ಸರಾಸರಿ ರೂ. 4521 ರೊಂದಿಗೆ 11 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಸರಾಸರಿ ರೂ. 4,413 ನೊಂದಿಗೆ 13 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ರೂ. 3920 ರ ಸರಾಸರಿಯೊಂದಿಗೆ ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು 17 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಹಾವೇರಿ ರೂ. 2886 ರ ಸರಾಸರಿಯೊಂದಿಗೆ 24 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾದರಿ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ (2014) 71 ನೇ ಸುತ್ತಿನಲ್ಲಿ, ದಕ್ಷಿಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ (ಗೋಲಿ, ಮೊರಾದ್ವಾಜ್, ರಾಮಮೋಹನ್, ಶ್ರುತಿ, ಮತ್ತು ಪ್ರಧಾನ್, 2016) ತಗಲುವ ಖರ್ಚು ರೂ 17642 ಎಂದು ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆ. ಯಾವುದೇ ಸಾಹಿತ್ಯವು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ತಗಲುವ ಖರ್ಚುಗಳ ಸಮಗ್ರ ಮತ್ತು ವಿವರವಾದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಅಥವಾ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯನ್ನು ನೀಡುವುದಿಲ್ಲ. ದೊಡ್ಡ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಅಂದಾಜುಗಳು (ಎನ್‌ಎಸ್‌ಎಸ್‌ಓ ಮತ್ತು ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್-4) ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಜನನಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿವೆ. ಕೆಲವು ಸಂತೋಧನಾಕಾರರು ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಜನನಿ ಶಿಶು ಸುರಕ್ಷಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದ್ದಾರೆ, ಆದರೆ ಕೆಲವು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಇದರ ವಿರುದ್ಧದ ಸಾಕ್ಷ್ಯಗಳನ್ನು ದಾಖಲಿಸುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ವಿಮಾ ಯೋಜನೆಗಳ ಪಾತ್ರದ ಬಗ್ಗೆ ಸಹ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸುತ್ತವೆ ಆದರೆ ಹಣಕಾಸಿನ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ ನಂತರವೂ ಅವು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ನಿರ್ದರ್ಶನಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತವೆ ಆದರೆ ಅವು ಕೇವಲ ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆಯ ಕುರಿತಾಗಿ ಮಾತ್ರ ಹೇಳುವುದಿಲ್ಲ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ತಗಲುವ ಖರ್ಚುಗಳ ಕುರಿತು ಹೇಳುತ್ತವೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಸಾಹಿತ್ಯವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ನಿವಾಸಿಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಜನರಿಗೆ ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಮಾಡುವ ಖರ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಎನ್ನುತ್ತದೆ. ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಾಹಿತ್ಯಗಳ ಅಧ್ಯಯನದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಜನನ ಕ್ರಮ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರದಂತಹ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸುವ ಮೂಲಕ ಊಹೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ - 3 ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹ ಮತ್ತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ

ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹ ಮತ್ತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚಕಗಳು, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು: ಒಂದು ಸ್ಥೂಲ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ

3.1 ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ

ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಅವಲೋಕನವನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯು ವಿವಿಧ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಪಡೆದ ದ್ವಿತೀಯ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಆಧರಿಸಿದೆ ಮತ್ತು ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಯ ಒಳನೋಟಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಇವುಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದು ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಸೂಚಕಗಳನ್ನು, ರಾಜ್ಯಗಳಿಂದ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಮಾಡುವ ಖರ್ಚು, ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚಕಗಳ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಕಾರ್ಯವೈಖರಿ, ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಯೋಜನೆಗಳ ಒಳನೋಟಗಳನ್ನು ನೀಡಬಲ್ಲ ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚಕಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಇದರ ಮೂಲಕ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಆಯ್ದು ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಸ್ಥೂಲ ಚಿತ್ರಣವನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕವು ಒಟ್ಟು 191,791 ಚದರ ಕಿ.ಮೀ ವಿಸ್ತೀರ್ಣವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ ಮತ್ತು ದೇಶದ ಒಟ್ಟು ವಿಸ್ತೀರ್ಣದಲ್ಲಿ ಇದರ ಪಾಲು ಶೇಕಡ 5.83 ರಷ್ಟಿದೆ. ಗಾತ್ರದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಇದು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಏಳನೇ ಅತಿದೊಡ್ಡ ರಾಜ್ಯವಾಗಿದೆ. 2011 ರ ಜನಗಣತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ರಾಜ್ಯ 6,11,30,704 ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಇದು ಎಂಟನೇ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಸಾಂದ್ರತೆಯು ಪ್ರತಿ ಕಿ.ಮೀ. ಗೆ 319 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ, ಇದು ಭಾರತದ ಸರಾಸರಿ ಕಿ.ಮೀ. ಗೆ 382 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು 30 ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿವೆ ಮತ್ತು ಈ ಜಿಲ್ಲೆಗಳನ್ನು ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕವಾಗಿ 4 ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ವಿಭಾಗಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗಿದೆ ಅವು ಬೆಂಗಳೂರು, ಬೆಳಗಾವಿ, ಕಲಬುರಗಿ ಮತ್ತು ಮೈಸೂರು. ದ್ವಿತೀಯ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಆಧರಿಸಿದ ಈ ವರದಿಯು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕದ ಸ್ಥಾನಮಾನ ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಸಮೀಕ್ಷೆಗೆ ಆರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ, ಬೆಳಗಾವಿ, ಬಳ್ಳಾರಿ, ಚಿಕ್ಕಮಂಗಲೂರು ಮತ್ತು ಹಾವೇರಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳ ಮೇಲೆ ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

3.2 ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಸೂಚಕಗಳು

ಜನಸಂಖ್ಯಾಶಾಸ್ತ್ರವು ನಮಗೆ ನೀಡಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ಫಲವತ್ತತೆ ದರಗಳು ಮುಂತಾದ ಅದರ ವಿವಿಧ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಅನೇಕ ಉದ್ದೇಶಗಳಿಗಾಗಿ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಜನಗಣತಿ 2011 ರ ಪ್ರಕಾರ, ಕರ್ನಾಟಕವು 6.11 ಕೋಟಿ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ, ಇದು 2001 ರ ಜನಗಣತಿಗಿಂತ 5.29 ಕೋಟಿಗಳ ಹೆಚ್ಚಳವನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಕಳೆದ ಜನಗಣತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಕರ್ನಾಟಕದ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ 61,095,297, ಅದರಲ್ಲಿ 30,966,657 ಅಂದರೆ ಶೇಕಡ 51 ರಷ್ಟು ಪುರುಷರು ಮತ್ತು 30,128,640, ಅಂದರೆ ಶೇಕಡ 49 ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು. ಈ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಶೇಕಡ 15.60 ರಷ್ಟು ಆಗಿದ್ದರೆ, ಹಿಂದಿನ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಅದು 17.25% ರಷ್ಟಿತ್ತು. ಭಾರತದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇಕಡ 5.05 ರಷ್ಟಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇಕಡ 75.36 ರಷ್ಟು ಆಗಿದ್ದು, ಶೇಕಡ 82.47 ರಷ್ಟು ಪುರುಷರು ಮತ್ತು ಶೇಕಡ 68.08 ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಸಾಕ್ಷರರಾಗಿದ್ದಾರೆ. 2001 ರಲ್ಲಿ, ಕರ್ನಾಟಕದ ಸಾಕ್ಷರತೆ ಪ್ರಮಾಣ 75.36% ಆಗಿದ್ದು, 82.47% ಪುರುಷರು ಮತ್ತು

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

68.08% ಮಹಿಳೆಯರು ಸಾಕ್ಷರರಾಗಿದ್ದಾರೆ. 2001 ರಲ್ಲಿ, ರಾಜ್ಯದ ಸಾಕ್ಷರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ 67.04% ರಷ್ಟಿದ್ದು, 76.29% ಪುರುಷರು ಮತ್ತು 57.45% ಮಹಿಳೆಯರು ಸಾಕ್ಷರರಾಗಿದ್ದರು.

3.2.1 ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ, ಲಿಂಗ ಅನುಪಾತ ಮತ್ತು ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣ

ಕರ್ನಾಟಕದ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ 38.67% ಜನರು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ 23,625,962, ಅದರಲ್ಲಿ 12,037,303, ಎಂದರೆ 51% ಪುರುಷರು ಮತ್ತು ಉಳಿದ 11,588,659 ಅಂದರೆ, 49% ಜನರು ಮಹಿಳೆಯರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಕಳೆದ 10 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ನಗರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಶೇಕಡ 38.67 ನಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕದ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಲೈಂಗಿಕ ಅನುಪಾತ 1000 ಪುರುಷರಿಗೆ 963 ಮಹಿಳೆಯರಿದ್ದು, ಮಕ್ಕಳಿಗೆ (0-6) ಲಿಂಗ ಅನುಪಾತ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಅಂಕಿ ಅಂಶ 1000 ಹುಡುಗರಿಗೆ 946 ಬಾಲಕಿಯರಿದ್ದಾರೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ, ಶೇಕಡ 11.19 ಮಕ್ಕಳು (0-6). ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಸರಾಸರಿ ಸಾಕ್ಷರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇಕಡ 85.78 ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಇದರಲ್ಲಿ 90.04% ಪುರುಷರು ಸಾಕ್ಷರರಾಗಿದ್ದರೆ, ಮಹಿಳಾ ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣ 77.97% ರಷ್ಟಿದೆ.

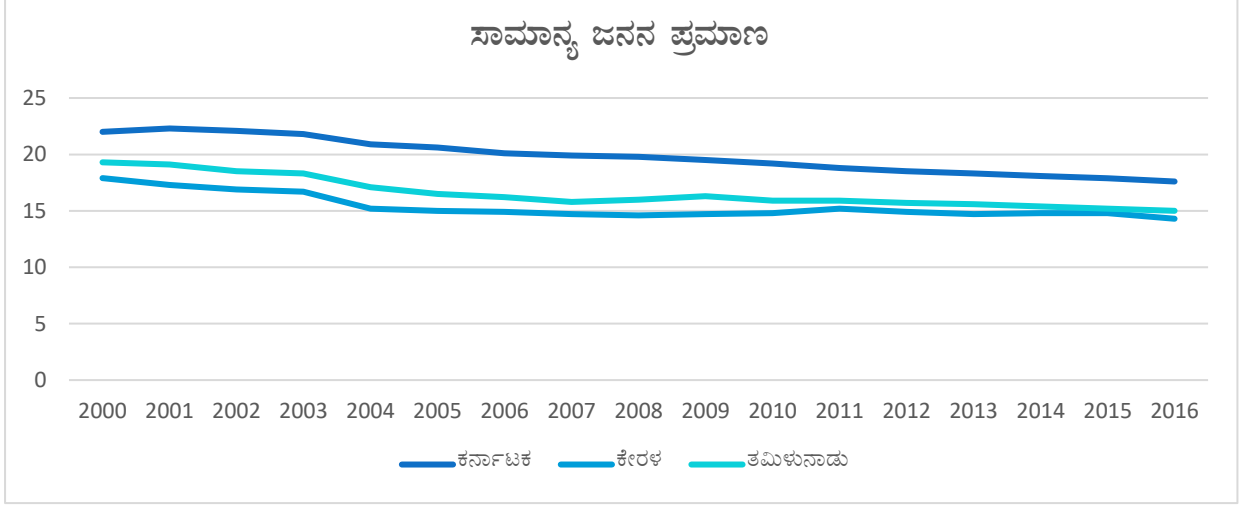
3.2.2 ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ, ಲಿಂಗ ಅನುಪಾತ ಮತ್ತು ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣ

ದೇಶದ ಶೇಕಡ 61.33 ರಷ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದೆ. ಅದರಲ್ಲಿ ಪುರುಷರು ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಪ್ರಮಾಣ ಕ್ರಮವಾಗಿ 18,929,354 - 50.52% ಮತ್ತು 18,539,981 ಅಂದರೆ ಶೇ. 49. 48%. ರಷ್ಟಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ 37,469,335 ಅಂದರೆ 61.32%. ದಶಕದಲ್ಲಿ (2001-2011) ದಾಖಲಾದ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ದರ ಶೇಕಡ 61.33. 1000 ಪುರುಷರಿಗೆ ಸ್ತ್ರೀ ಲಿಂಗ ಅನುಪಾತ 979 ಆಗಿದ್ದರೆ, ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಈ ಅನುಪಾತ (0-6 ವಯಸ್ಸು) 1000 ಹುಡುಗರಿಗೆ ಹುಡುಗಿಯರ ಪ್ರಮಾಣ 950 ಇದೆ. ಮಕ್ಕಳ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಒಟ್ಟು ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಶೇಕಡ 12.06ರಷ್ಟಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಗಂಡು ಮತ್ತು ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳ ಸಾಕ್ಷರತೆ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇಕಡ 77.61ರಷ್ಟು ಮತ್ತು ಶೇಕಡ 58.32% ರಷ್ಟಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಸರಾಸರಿ ಸಾಕ್ಷರತೆ ಪ್ರಮಾಣ 68.73 ರಷ್ಟಿತ್ತು.

3.2.3 ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ

ಅಪರಿಷ್ಕೃತ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ (ಸಿಬಿಆರ್) ಮತ್ತು ಅಪರಿಷ್ಕೃತ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣ (ಸಿಡಿಆರ್) ಎರಡನ್ನೂ ಕ್ರಮವಾಗಿ 1,000 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಜನನ ಅಥವಾ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣದಿಂದ ಅಳೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸಿಬಿಆರ್ ಮತ್ತು ಸಿಡಿಆರ್ ಗಳನ್ನು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿನ ಒಟ್ಟು ಜನನ ಅಥವಾ ಸಾವುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡು ಎರಡೂ ಮೌಲ್ಯಗಳನ್ನು ಒಂದೇ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಭೌಗೋಳಿಕ ಪ್ರದೇಶದ ಮಧ್ಯ ವಾರ್ಷಿಕ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಿಂದ ಭಾಗಿಸಿ 1,000 ಕ್ಕೆ ದರವನ್ನು ಪಡೆಯುವುದರ ಮೂಲಕ ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಅಪರಿಷ್ಕೃತ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣವು 2000 ರಲ್ಲಿ 22 ರಷ್ಟಿತ್ತು ಮತ್ತು ಇದು 2016 ರಲ್ಲಿ 17.6 ಕ್ಕೆ ಇಳಿದಿದೆ, ಪ್ರಸ್ತುತ ಕರ್ನಾಟಕವು 20 ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಸಿಬಿಆರ್ ಹೊಂದಿರುವ ಇಎಜಿ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಕಡಿಮೆ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಾಯ್ದುಕೊಂಡಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಕಳೆದ 16 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣವು 22/1000 ದಿಂದ 17.6 /1000ಕ್ಕೆ ಇಳಿದಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಅಪರಿಷ್ಕೃತ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ 1,000 ಕ್ಕೆ 30ಇದ್ದರೆ ಅದನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು 1,000 ಕ್ಕೆ 18 ಇದ್ದರೆ ಅದನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. 2011 ರಲ್ಲಿ, ಕರ್ನಾಟಕದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ದಶಕದ ಬೆಳವಣಿಗೆ 15.6% ಆಗಿತ್ತು. ಕರ್ನಾಟಕದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ದಶಕದ ಬೆಳವಣಿಗೆ 1971 ರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 24.22 ರಿಂದ 2011 ರಲ್ಲಿ ರೂ. 15.6 ಕ್ಕೆ ಇಳಿದಿದೆ.

ಚಿತ್ರ 3.1 ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ

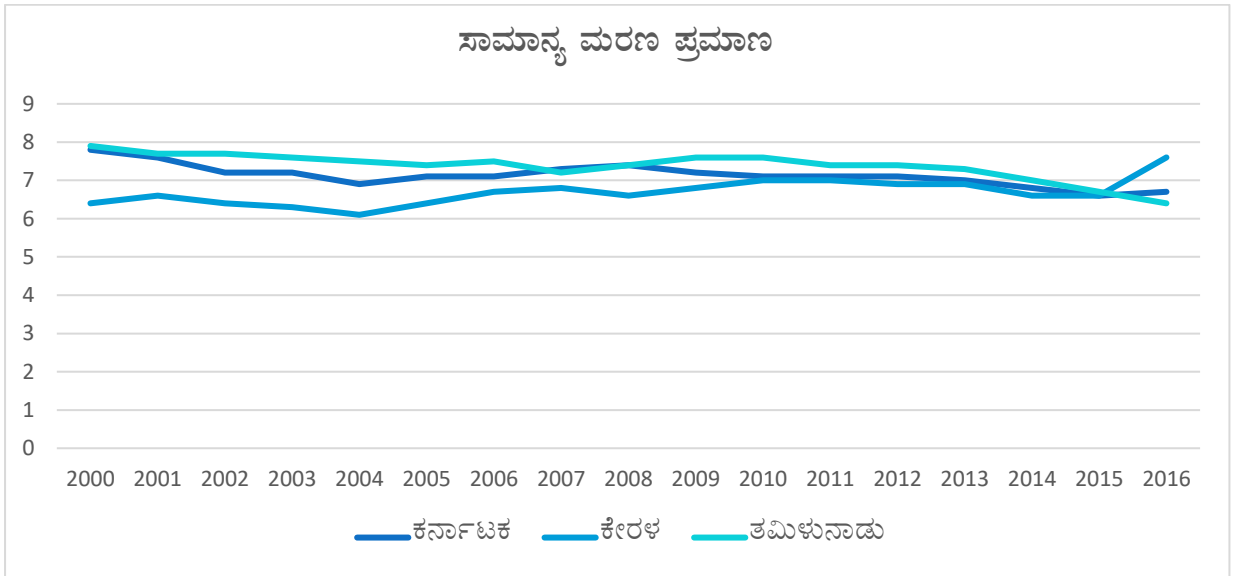


ಮೂಲ: ಎಸ್‌ಆರ್‌ಎಸ್ ಬುಲೆಟಿನ್

3.2.4 ಕಚ್ಚಾ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ

ಕಚ್ಚಾ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣವು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ 1000 ಜನರಿಗೆ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಅಳೆಯುತ್ತದೆ. 10ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇರುವ ಕಚ್ಚಾ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. 1000ಕ್ಕೆ 20 ಕಚ್ಚಾ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಅಧಿಕವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕವು 2000 ರಲ್ಲಿ 7.8 ರ ಕಚ್ಚಾ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಹೊಂದಿತ್ತು, ಅದು 2016ರಲ್ಲಿ 6.7ಕ್ಕೆ ಸ್ಥಿರವಾಗಿ ಕುಸಿದಿದೆ.

ಚಿತ್ರ 3.2 ಸಾಮಾನ್ಯ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ



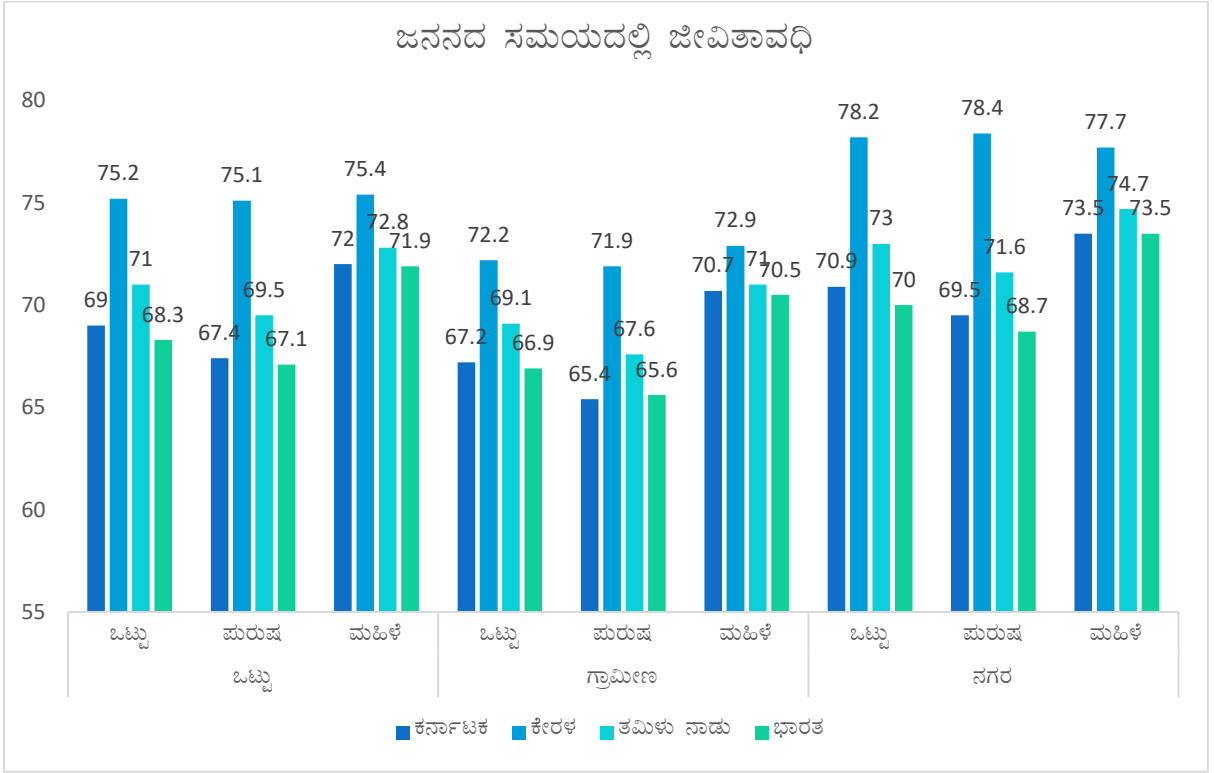
ಮೂಲ: ಎಸ್‌ಆರ್‌ಎಸ್ ಬುಲೆಟಿನ್

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

3.2.5 ಜನನದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಜೀವಿತಾವಧಿ

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಜನನದ ಜೀವಿತಾವಧಿ 2012-16 ರಲ್ಲಿ 68.7 ರಿಂದ 2013-17 ರಲ್ಲಿ 69 ಕ್ಕೆ ಏರಿತು. ದೇಶದಲ್ಲಿ ಜೀವಿತಾವಧಿಯು 1970-75ರಲ್ಲಿ 49.7 ರಿಂದ ಇತ್ತೀಚಿನ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ 69 ಕ್ಕೆ ಗಮನಾರ್ಹ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಕಂಡಿದೆ, ಕಳೆದ ನಾಲ್ಕು ದಶಕಗಳಲ್ಲಿ 19.3 ವರ್ಷಗಳ ಹೆಚ್ಚಳವನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿದೆ ಎಂದು ಇತ್ತೀಚಿನ ಮಾದರಿ ನೋಂದಣಿ ಸಮೀಕ್ಷೆ ತಿಳಿಸಿದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎಲ್ಲಾ ಭಾರತೀಯ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಜೀವಿತಾವಧಿ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಏರಿತು, ಇದು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟಾರೆ ಸುಧಾರಣೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ಸರಾಸರಿ ಪುರುಷರ ಜೀವಿತಾವಧಿಯು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದ್ದು ಅದು ಮಹಿಳೆಯರ ಜೀವಿತಾವಧಿಯೊಂದಿಗೆ ಸರಿಹೊಂದುತ್ತಿದೆ. ಮೂರು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಸರಾಸರಿ ಜೀವಿತಾವಧಿ 6-7 ತಿಂಗಳಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿದ್ದರೆ, ಪುರುಷರ ಜೀವಿತಾವಧಿಯು ಅದೇ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಒಂದೂವರೆ ವರ್ಷ ಏರಿಕೆಯಾಗಿದೆ.

ಚಿತ್ರ 3.3 ಜನನದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಜೀವಿತಾವಧಿ



ಮೂಲ: ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಂಕಿ ಅಂಶ 2015

ಜೀವಿತಾವಧಿಯು ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಬದುಕಬಲ್ಲ ಸರಾಸರಿ ವರ್ಷಗಳನ್ನು ಅಳೆಯುತ್ತದೆ. 74.9 ವರ್ಷಗಳ ಜೀವಿತಾವಧಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಕೇರಳವು ಉನ್ನತ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಉಳಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದರೆ, 63.9 ವರ್ಷಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಅಸ್ಸಾಂ ಕಡಿಮೆ ಜೀವಿತಾವಧಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಈ ಜೀವಿತಾವಧಿ 69 ವರ್ಷಗಳಾಗಿದ್ದು, ಇದು ಪುರುಷರಿಗೆ 67.2 ವರ್ಷ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ 70.9 ವರ್ಷಗಳ ಜೀವಿತಾವಧಿಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಕರ್ನಾಟಕದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಜೀವಿತಾವಧಿ ಒಟ್ಟು 67.4 ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಇದು ಪುರುಷರಿಗೆ 65.4 ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ 69.5 ರಷ್ಟಿದೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಜೀವಿತಾವಧಿ ಒಟ್ಟು 72 ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಇದು ಪುರುಷರಲ್ಲಿ 73.5 ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ 70.7 ರಷ್ಟಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿಂದಾಗಿ ಈ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಉಂಟಾಗಬಹುದು, ಇದನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ರೋಗ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ ಹೆಚ್ಚಿದ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ, ಕಡಿಮೆ ಜೀವಿತಾವಧಿ ಮತ್ತು

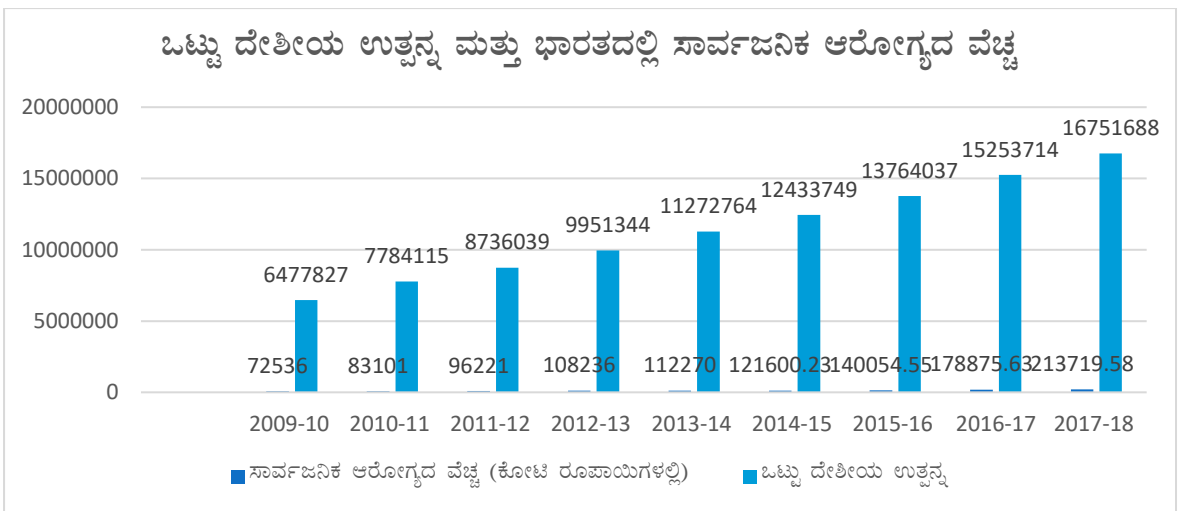
ಹೆಚ್ಚಿನ ನೋವು ಮತ್ತು ಸಂಕಟಗಳಂತಹ ಸೂಚಕಗಳಿಂದ ನಿರೂಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಅಸಮಾನತೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಅಂಶಗಳೆಂದರೆ ಭೌಗೋಳಿಕ ಪ್ರತ್ಯೇಕತೆ, ಕಡಿಮೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿ, ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಪಾಯಕಾರಿ ನಡವಳಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳ, ಆರೋಗ್ಯ ತಜ್ಞರು ಮತ್ತು ಉಪ-ತಜ್ಞರಿಗೆ ಸೀಮಿತ ಪ್ರವೇಶ. (ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಸಮಾನತೆಗಳ ಪರಿಚಯ - ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ಕೇಂದ್ರ.)

3.3 ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಖರ್ಚು

ಆರೋಗ್ಯವು ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪ್ರಮುಖ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಅಂಶವಾಗಿದೆ; ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಎಂದರೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಉತ್ಪಾದಕತೆ, ಮತ್ತು ಅದರ ಮೂಲಕ ಹೆಚ್ಚಿನ ತಲಾ ಆದಾಯ (ಅಧ್ಯಯನಗಳು - ಪಿಯಾಬು ಮತ್ತು ಟೈಗುಹಾಂಗ್, 2017). ಇತರೆ ಅಂಶಗಳು ಮತ್ತು ಇತರೆ ರೀತಿಯ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿದಾಗ, ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಖರ್ಚಿನ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಬಲವಾಗಿ ಸಂಬಂಧಿಸಿಲ್ಲ (ಸೇವ್ಡಾಫ್, 2007).

ಭಾರತದ ಒಟ್ಟು ದೇಶೀಯ ಉತ್ಪನ್ನ (ಜಿಡಿಪಿ) 2009 -10 ರಲ್ಲಿ 6477827 ಕೋಟಿ ರೂ ಇದ್ದು, ಇದು 2014-15ರಲ್ಲಿ ರೂ. 12433749 ಗೆ ತಲುಪಿತು. ನಂತರದಲ್ಲಿ 2017-18ರಲ್ಲಿ ಇದು ರೂ. 16751688 ರಷ್ಟಾಯಿತು. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಖರ್ಚು ಭಾರತದ ಒಟ್ಟು ದೇಶೀಯ ಉತ್ಪನ್ನದ (ಜಿಡಿಪಿ) ಪ್ರವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತದೆ, 2009-10ರಲ್ಲಿ ರೂ. 72536 ರಷ್ಟಿದ್ದ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚವು 2017-18 ರಲ್ಲಿ ರೂ. 213719.58 ತಲುಪಿತು. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲಾಗುತ್ತಿರುವ ತಲಾ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಖರ್ಚು 2009-10ರಲ್ಲಿ ರೂ.621 ರಷ್ಟಿದ್ದು, 2017 -18 ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ರೂ.1657 ಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ತಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚವು 10 ವರ್ಷಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ಮೂರು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಖರ್ಚು 2009-10 ರಿಂದ 2017-18 ರವರೆಗೆ ಒಟ್ಟು ದೇಶೀಯ ಉತ್ಪನ್ನ (ಜಿಡಿಪಿ) ದ ಒಂದು ಶೇಕಡಾದಷ್ಟಿದೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲಿನ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಖರ್ಚು ಒಟ್ಟು ದೇಶೀಯ ಉತ್ಪನ್ನದ (ಜಿಡಿಪಿ) ಶೇಕಡಾವಾರು ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇದೆ.

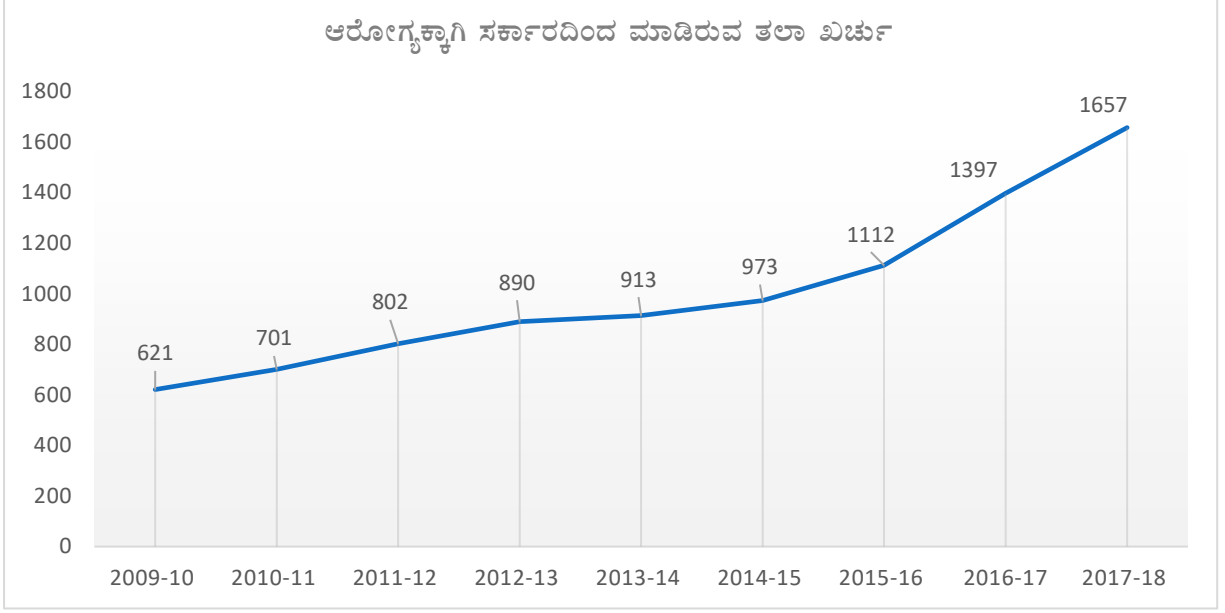
ಚಿತ್ರ 3.4 ಒಟ್ಟು ದೇಶೀಯ ಉತ್ಪನ್ನ ಮತ್ತು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ವೆಚ್ಚ



ಮೂಲ: ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಿವರ (ಪ್ರೊಫೈಲ್) 2018

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಚಿತ್ರ 3.5 ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಮಾಡಿರುವ ತಲಾ ಖರ್ಚು (ರೂ.ಗಳಲ್ಲಿ)



ಮೂಲ: ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಿವರ (ಸೂಪೈಲ್) 2018

3.3.1 ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ರಾಜ್ಯದ ವೆಚ್ಚ

ದೆಹಲಿಯು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಮಾಡುವ ಒಟ್ಟು ವೆಚ್ಚದ ಶೇಕಡ 11.45 ರಷ್ಟನ್ನು ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರೆ, ಹಿಮಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ (6.67 ಪ್ರತಿಶತ), ಗೋವಾ (6.07 ಪ್ರತಿಶತ) ಮತ್ತು ಇತರ ಇವಜಿ ಯೇತರ ರಾಜ್ಯಗಳು ತಮ್ಮ ಒಟ್ಟು ಖರ್ಚಿನ 4-5 ಪ್ರತಿಶತವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿವೆ. ಒಟ್ಟು ರಾಜ್ಯ ಉತ್ಪನ್ನ [GSDP] ಶೇಕಡಾವಾರು ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ, ಜಮ್ಮು ಮತ್ತು ಕಾಶ್ಮೀರ ಶೇಕಡ 2.46 ರಷ್ಟು ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿದೆ, ನಂತರದ ಸ್ಥಾನಗಳಲ್ಲಿ ಹಿಮಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ (ಶೇ.1.68), ಗೋವಾ (ಶೇ.1.34) ಮತ್ತು ಉಳಿದ ರಾಜ್ಯಗಳು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಒಟ್ಟು ರಾಜ್ಯ ಉತ್ಪನ್ನ ಒಂದು ಶೇಕಡಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿವೆ.

ಇಜಿಎಫ್ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಅಸ್ಸಾಂ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಒಟ್ಟು ಖರ್ಚಿನ ಶೇಕಡ 7.09 ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿದೆ, ಉತ್ತರಾಖಂಡ ಶೇಕಡ 6.07 ಮತ್ತು ಉಳಿದ ಇವಜಿ ರಾಜ್ಯಗಳು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಒಟ್ಟು ಶೇಕಡ 4-5 ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿವೆ. ಜಿಎಸ್ಡಿಪಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ಅಸ್ಸಾಂ ಶೇಕಡ 2.21 ರಷ್ಟನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿದೆ ಮತ್ತು ಉಳಿದ ರಾಜ್ಯಗಳು ಜಿಎಸ್ಡಿಪಿಯ ಒಂದು ಅಥವಾ ಎರಡು ಪ್ರತಿಶತವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿವೆ.

ಈಶಾನ್ಯ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಮಿಜೋರಾಂ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಾಗಿ ತನ್ನ ಒಟ್ಟು ಖರ್ಚಿನ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು (ಶೇಕಡ 8.34) ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತದೆ, ನಂತರ ಮೇಘಾಲಯ (ಶೇ.6.73), ತ್ರಿಪುರ (ಶೇ.6.62) ಮತ್ತು ಇತರ ಈಶಾನ್ಯ ರಾಜ್ಯಗಳು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಒಟ್ಟು ಖರ್ಚಿನ ಶೇಕಡಾ 5 ರಷ್ಟು ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿವೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಜಿಎಸ್ಡಿಪಿಯ ಶೇಕಡಾವಾರು ಖರ್ಚು ಎಂಬಂತೆ ನೋಡಿದರೆ, ಮಿಜೋರಾಂ ಜಿಎಸ್ಡಿಪಿಯ ಶೇಕಡ 4.20 ನಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ನಂತರದ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿರುವ ಅರುಣಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ ಶೇ.3.29ನ್ನು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ವ್ಯಯಿಸುತ್ತದೆ. ಉಳಿದ ರಾಜ್ಯಗಳು ಜಿಎಸ್ಡಿಪಿಯ ಪ್ರತಿಶತ 1.5 ರಿಂದ 3 ರಷ್ಟನ್ನು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿವೆ.

ಇಎಜಿ ಯೇತರ ರಾಜ್ಯಗಳು ಒಟ್ಟು ರಾಜ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ಶೇಕಡ 5.34 ರಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ವ್ಯಯಿಸುತ್ತವೆ. ಇಎಜಿ ರಾಜ್ಯಗಳು ಶೇ.5.5 ರಷ್ಟನ್ನು ಮತ್ತು ಈಶಾನ್ಯ ರಾಜ್ಯಗಳು ಶೇಕಡ 6.30 ರಷ್ಟನ್ನು 2017-18 ರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ವ್ಯಯಿಸಿವೆ. ಜಿಎಸ್‌ಡಿಪಿಯಿಂದ ವ್ಯಯಿಸುವ ಸರಾಸರಿ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ ಇಎಜಿ ಯೇತರ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 0.76, ಇಎಜಿ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 1.36, ಮತ್ತು ಈಶಾನ್ಯ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 2.76ರಷ್ಟಿವೆ.

3.3.2 ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ರಾಜ್ಯದ ಖರ್ಚು

ಇಎಜಿಯೇತರ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ, ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರವು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು (12066 ಕೋಟಿ) ಹಣವನ್ನು ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದೆ, ನಂತರದ ಸ್ಥಾನಗಳಲ್ಲಿ ತಮಿಳುನಾಡು (8543 ಕೋಟಿ), ಗುಜರಾತ್ (7432 ಕೋಟಿ), ಕರ್ನಾಟಕ (6980 ಕೋಟಿ), ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳ (7239 ಕೋಟಿ), ಮತ್ತು ಕೇರಳ (4626) ಕೋಟಿ) ರಾಜ್ಯಗಳಿವೆ. ಇಎಜಿಯೇತರ ಇತರ ರಾಜ್ಯಗಳು ಸಹ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಾಗಿ ಸಾವಿರಾರು ಕೋಟಿಗಳನ್ನು ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿವೆ. ಇಎಜಿಯೇತರ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ, ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಖರ್ಚಿನ ರಾಜ್ಯವಾರು ಶೇಕಡಾ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ, ತಮಿಳುನಾಡು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಖರ್ಚಿಗಾಗಿ ಪ್ರತಿಶತ 13.08, ಗುಜರಾತ್ ಶೇಕಡ 4.36 ರಷ್ಟು ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತದೆ, ಮತ್ತು ಉಳಿದ ಇಎಜಿಯೇತರ ರಾಜ್ಯಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಖರ್ಚಿನ ಶೇಕಡಾ 1 ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಹಣವನ್ನು ಎಂಸಿಎಚ್‌ಕೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತವೆ.

ಇಎಜಿ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ, ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶವು 2015-16ನೇ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು (15872 ಕೋಟಿ) ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದೆ, ನಂತರದಲ್ಲಿ ರಾಜಸ್ಥಾನವು 9858 ಕೋಟಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದೆ. ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶವು ಒಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಖರ್ಚಿನ ಶೇಕಡಾ 1.72 ರಷ್ಟು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದೆ, ಆದರೆ ಉಳಿದ ರಾಜ್ಯಗಳು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಒಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ಒಂದು ಶೇಕಡಾಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿವೆ.

3.3.3 ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ಮೂಲಗಳು

ಕೋಷ್ಟಕ 3.1 ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ಮೂಲಗಳು

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಹಣಕಾಸು ಯೋಜನೆಗಳು	ಒಟ್ಟು ಹಣಕಾಸು ಯೋಜನೆಗಳ ಶೇಕಡಾವಾರು
ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಖರ್ಚು	64.70
ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರ	11.20
ಸರ್ಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ	4.20
ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರ	8.60
ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ	4.40
ಸ್ಥಳೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಯೋಜನೆಗಳು	1.70
ಇತರ ಯೋಜನೆಗಳು	5.20

ಮೂಲ: ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಿವರ (ಪ್ರೊಫೈಲ್) 2018

ಸ್ವಂತ ಮಾಡಿದ ವೆಚ್ಚಗಳು ಆರೋಗ್ಯದ ಖರ್ಚಿನ ಪ್ರಮುಖ ಮೂಲಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಇದು ಆರೋಗ್ಯದ ಒಟ್ಟು ಖರ್ಚಿನ ಶೇಕಡ 64.7 ರಷ್ಟಿದೆ. ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರವು ಸುಮಾರು ಶೇಕಡ 11.2 ಮತ್ತು ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರವು ಶೇಕಡ 8.6ರಷ್ಟನ್ನು ವಿವಿಧ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕ್ರಮಗಳಿಗಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

3.4 ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲ ಸೌಕರ್ಯಗಳು ಸಮುದಾಯಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ, ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಉತ್ತೇಜನ ಮತ್ತು ತೀವ್ರವಾದ ಮತ್ತು ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಸಿದ್ಧಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಕರ್ನಾಟಕವು 3 ಹಂತದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಉಪಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಂತಹ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಇವೆ. ದ್ವಿತೀಯ ಹಂತವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ ಮತ್ತು ತೃತೀಯ ಹಂತವು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳು ಮತ್ತು ವಿಶೇಷ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯವನ್ನು ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ನಡೆದಿವೆ, ಎಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಲಭ್ಯತೆಯ ಹೆಚ್ಚಳ. 6 ವರ್ಷಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 6.45 ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಳವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಅದೇ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 2.12 ರಷ್ಟು ಅಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದ ಹೆಚ್ಚಳವಾಗಿದೆ. ಉಪಕೇಂದ್ರದ ಹೆಚ್ಚಳ ದರವು ಭಾರತದ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಸಮಾನಾಂತರವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 3.2 ಕರ್ನಾಟಕ ಮತ್ತು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೈಕೆ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ

ರಚಿಸಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು	ಉಪ ಕೇಂದ್ರಗಳು 2012	ಉಪ ಕೇಂದ್ರಗಳು 2018	ಉಪ ಕೇಂದ್ರಗಳು % ಬದಲಾವಣೆಗಳು	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ 2012	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ 2018	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಶೇಕಡವಾರು ಬದಲಾವಣೆ
ಮೂಲ	ಆರ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್ 2012	ಆರ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್ 2018		ಆರ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್ 2012	ಆರ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್ 2018	
ಭಾರತ - ಒಟ್ಟು	148366	158417	6.77	24049	26743	11.20
ಕರ್ನಾಟಕ	8871	9443	6.45	2310	2359	2.12

ಮೂಲ: ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳು (ಆರ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್) 2012 ಮತ್ತು 2018.

2018 ರ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಕರ್ನಾಟಕವು ಸರಾಸರಿ 6,474 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದರಂತೆ 9443 ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ; ಸರಾಸರಿ 25,914 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ 2,359 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು; ಸರಾಸರಿ 2,96,751 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ 206 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು; ಸರಾಸರಿ 4,18,703 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ 146 ಉಪ-ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು; ಮತ್ತು ಸರಾಸರಿ 40,75,380 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ 15 ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ. ಆದರೆ ಇದರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆಗಳಿವೆ - ರಾಜ್ಯದ ದಕ್ಷಿಣ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ ಮೈಸೂರು ಮತ್ತು ಹಾಸನಗಳು ಭಾರತೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾನದಂಡಗಳು (ಐಪಿಎಚ್‌ಎಸ್) ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಿರುವುದಕ್ಕಿಂತ 81 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ ಹೊಂದಿವೆ. ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕದ ಏಳು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ ಯಾದಗಿರಿ, ಕಲಬುರಗಿ, ರಾಯಚೂರು, ಕೊಪ್ಪಳ, ಬಳ್ಳಾರಿ, ಬೀದರ್, ಬಾಗಲಕೋಟೆ, ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕದ ಒಂದು ಜಿಲ್ಲೆ ಮತ್ತು ಚಾಮರಾಜನಗರ ಇತರೆ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಕಳಪೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚಕಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ರಾಯಚೂರಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಒಳಪಡುವ ಸರಾಸರಿ ಜನಸಂಖ್ಯೆ 41,842. ಆದರೆ ಐಪಿಎಚ್‌ಎಸ್ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ 30,000, ಅದೇ ತುಮಕೂರಿನಲ್ಲಿ ಇದರ ಪ್ರಮಾಣ ಸರಾಸರಿ 18,224 ಇದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ದ್ವಿತೀಯ ಮತ್ತು ತೃತೀಯ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ ವಿತರಣೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆಗಳಿವೆ.

3.4.1 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ (ಪಿಹೆಚ್‌ಸಿ) ಜನರಿಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ರಚನಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಘಟಕವಾಗಿದ್ದು, ಜನರಿಗೆ ಕೈಗೆಟುಕುವ ಮತ್ತು ಲಭ್ಯವಿರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಮೂಲಾಧಾರವಾಗಿದೆ, ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯಕ್ಕೆ ಅರ್ಹ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಕರೆತರುವ ಮೂಲಕ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಉಪಕೇಂದ್ರದಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಲ್ಪಟ್ಟವರಿಗೆ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಮತ್ತು ಉತ್ತೇಜಕ ಆರೋಗ್ಯಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯಾಗಿದೆ. ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಗುಡ್ಡಗಾಡು, ಬುಡಕಟ್ಟು ಅಥವಾ ಕುಗಾಮ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ 20,000 ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಮತ್ತು ಸಾಮಾನ್ಯ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆರು ಒಳಾಂಗಣ / ವೀಕ್ಷಣಾ ಹಾಸಿಗೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು 30,000 ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ಎಲ್ಲಾ ಉಪ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು 24 x 7 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಹಂತಕ್ಕೆ ತಲುಪದ ಕೆಲವು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ, ಹೆರಿಗೆಗಳನ್ನು ನುರಿತ ಹೆರಿಗೆ ಸೇವಕರು ನಡೆಸುತ್ತಾರೆ. ಇದನ್ನು ಹಂತ 1 ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸಮೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಿದ 5 ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ 16 ಅಂತಹ ಮೊದಲನೇ ಹಂತದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿವೆ. ಈ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆದ ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆ. ಈ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕೇವಲ 5-6 ಹೆರಿಗೆಗಳು ಅಥವಾ ಒಂದು ವರ್ಷದಲ್ಲಿ 10 ಕ್ಷಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಹೆರಿಗೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇವು 24X7 ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತವೆ. ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಆಗುವುದಿಲ್ಲ.

ವಿಶ್ವಾದ್ಯಂತ ಅಂದಾಜು 15% ಜನನಗಳು ಗರ್ಭಧಾರಣೆ, ಹೆರಿಗೆ ಅಥವಾ ಪ್ರಸವಾನಂತರದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಮಾರಣಾಂತಿಕ ತೊಂದರೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತವೆ. ಏಳು ಪ್ರಮುಖ ಪ್ರಸೂತಿ ಸೇವೆಗಳ ಒಂದು ಸೆಟ್, ಅಥವಾ 'ಸಿಗ್ನಲ್ ಕಾರ್ಯಗಳು' ಮೂಲಭೂತ ತುರ್ತು ಪ್ರಸೂತಿ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಮಗುವಿನ ಆರೈಕೆಗೆ ನಿರ್ಣಾಯಕವೆಂದು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ. BEmONC – ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಾಗಿದ್ದು, ಈ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಇಳಿಕೆ ಮಾಡಲು ಕಡಿಮೆ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮ ಆದಾಯ ಹೊಂದಿರುವ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ತೇಜಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಬಿಇಎಂಎನ್‌ಸಿ ಸೇವೆ ನೀಡುವ ಎಲ್ಲಾ 24 x 7 ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಎಂದರೆ; ಹೆರಿಗೆಗಳು, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆಯ ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತೊಡಕುಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶು ಆರೈಕೆ ಕಾರ್ನರ್ (ಎನ್‌ಬಿಸಿಸಿ) ಅಥವಾ ನವಜಾತ ಶಿಶು ಸ್ಥಿರೀಕರಣ ಘಟಕವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಹಂತ 2 ಅಥವಾ L-2 ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಾವು ಮಾಡಿದ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ 25 ಅಂದರೆ 48% ಅಂತಹ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಹೊಂದಿರುವ 24 X 7 ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸಮೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಕೋಷ್ಟಕ 3.3 ಕರ್ನಾಟಕ ಮತ್ತು ಸಮೀಕ್ಷೆ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ

ಜಿಲ್ಲೆ	ಪ್ರಾ.ಆ. ಕೇಂದ್ರ	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಸರಾಸರಿ ಜನಸಂಖ್ಯೆ	ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಕಾರ್ಯ 24 X 7 (%)	ಕೈಗೊಂಡ ಹೆರಿಗೆಗಳು (%)	10+ 4 ಹಾಸಿಗೆಗಳ ಪ್ರಾ.ಆ. ಕೇಂದ್ರ (%)
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	48	20644.23	16.667	14.3	86.4
ಬೆಳಗಾವಿ	148	32295.01	45.946	71.4	97
ಬಳ್ಳಾರಿ	73	33597.19	57.534	85.7	95.2
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	90	12644.01	12.222	40	62.5
ಹಾವೇರಿ	69	23154.61	49.275	81.8	100
ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	2359	25898.81	55.6	62.4	90.9

ಮೂಲ: ಆರ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್, ಹೆಚ್‌ಎಂಐಎಸ್ ಮತ್ತು ಡಿಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್-4

ಕರ್ನಾಟಕದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಸರಾಸರಿ 25,899 ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ, ಬೆಳಗಾವಿ ಮತ್ತು ಬಳ್ಳಾರಿಯಂತಹ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು 32295.01 ಮತ್ತು 33597.19 ಜನಸಂಖ್ಯಾ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ. ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಪ್ರದೇಶವಾಗಿದ್ದು, ಪ್ರತಿ ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಸುಮಾರು 12644 ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ, ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವು ಸರಾಸರಿ 20644 ಜನರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕದ ಈ ಐದು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ಶೇಕಡ 28.74 ರಷ್ಟು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು 24 X 7 (ವಾರದ 24 ಗಂಟೆಯು) ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ಡಿಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ 4 ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಪ್ರಕಾರ 64.2 ಶೇಕಡಾ 24 X 7 ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳು ತಿಂಗಳೊಂದರಲ್ಲಿ 10 ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಹೆರಿಗೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಸಿವೆ. ಬಳ್ಳಾರಿಯು ತಿಂಗಳೊಂದಕ್ಕೆ 10 ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಹೆರಿಗೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಸಿರುವ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು 24 X 7 ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರಿನ 62.5 ರಷ್ಟು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಕನಿಷ್ಠ 4 ಹಾಸಿಗೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ ಮತ್ತು ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಇದರ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇಕಡ 85ರಷ್ಟಿದೆ, ಮತ್ತು ಉಳಿದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಇದರ ಪ್ರಮಾಣ 95 ಶೇಕಡ ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ 90 ಶೇಕಡ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಕನಿಷ್ಠ ನಾಲ್ಕು ಹಾಸಿಗೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ. ನಮ್ಮ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆಗಳ ಶೇ.24.01 ರಷ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

3.4.2 ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು

ಇವುಗಳನ್ನು ಹಂತ 3 – (ಸಮಗ್ರ ಹಂತ- ಎಫ್‌ಆರ್‌ಯು) ಎಂದೂ ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ: ಎಲ್ಲಾ ಎಫ್‌ಆರ್‌ಯು- ಸಿಎಚ್‌ಸಿ / ಎಸ್‌ಡಿಹೆಚ್ / ಡಿಹೆಚ್ / ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು / ರೆಫರಲ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು / ತೃತೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಸಿ-ಸೆಕ್ಷನ್ ಮತ್ತು ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ ಸೇರಿದಂತೆ ಜಟಿಲ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಅಂತಹ ಎಫ್‌ಆರ್‌ಯುಗಳು ನವಜಾತ ಶಿಶು ಸ್ಥಿರೀಕರಣ ಘಟಕಗಳನ್ನು ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಮೇಲ್ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಎಚ್‌ಸಿ / ಎಸ್‌ಡಿಹೆಚ್ / ಇತರೆ ಅಥವಾ ವಿಶೇಷ ನವಜಾತ ಶಿಶು ಆರೈಕೆ ಘಟಕಗಳಲ್ಲಿ ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ. ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಅಲ್ಲಿಗೆ ಬರುವ ಪ್ರಕರಣಗಳ ಒತ್ತಡದ ಹೊರತಾಗಿಯೂ 3 ನೇ ಹಂತದ ಸಂಸ್ಥೆಯಾಗಿರಬೇಕು.

ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯಗಳ ಸಮರ್ಪಕತೆಯನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಿದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಉಪ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ (ಉಪ ಕೇಂದ್ರ) ಮತ್ತು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕೊರತೆಗಳಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್-2018 ರ ಪ್ರಕಾರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 37 ಶೇಕಡಾದಷ್ಟು ಅಂದರೆ ಸುಮಾರು 120 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಕೊರತೆಯಿದೆ. ಮೊದಲ ವರ್ಗವಣಿ ಘಟಕಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ 230 ರಷ್ಟಿದೆ. ಕೇವಲ 40 ಅಂದರೆ ಶೇಕಡ 17.39 ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ ಮತ್ತು 147 ಅಂದರೆ ಶೇಕಡ 63.91 ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ ತಾಲ್ಲೂಕು ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ / ಉಪವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ [ಎಸ್‌ಡಿಹೆಚ್] ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ 227 ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಿವೆ, ಸುಮಾರು ಶೇಕಡ 65 ರಷ್ಟು ತಾಲ್ಲೂಕು ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿ [ಆಪರೇಷನ್ ಥಿಯೇಟರ್], ಹೆರಿಗೆ ಕೊಠಡಿ ಮತ್ತು 30 ಹಾಸಿಗೆಗಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ ಇದರೊಂದಿಗೆ ಈ ಮೊದಲ ವರ್ಗವಣಿ ಘಟಕ [ಎಫ್‌ಆರ್‌ಯು] ಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 60.4 ರಷ್ಟು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಸಂಗ್ರಹಣೆ ಮತ್ತು ವರ್ಗವಣಿ ಸೌಲಭ್ಯವಿದೆ. ಉಳಿದ 43, ಅಂದರೆ, ಶೇಕಡ 18.7 ರಷ್ಟು ಮೊದಲ ವರ್ಗವಣಿ ಘಟಕ [ಎಫ್‌ಆರ್‌ಯು] ಗಳು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತವೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 3.4 ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಸೌಕರ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಒಬಿಪಿಇ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	ಸಿ ಎಚ್‌ಸಿ	ಪ್ರತಿ ಸಿಎಚ್‌ಸಿಯ ಸರಾಸರಿ ಜನಸಂಖ್ಯೆ	ವಾರದ 24 ಗಂಟೆಗಳೂಹರಿಗೆ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಿಎಚ್‌ಸಿಗಳು	ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ಆರೈಕೆ [24 X 7] ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಿಎಚ್‌ಸಿಗಳು	ಪ್ರಸೂತಿ /ಸ್ತ್ರೀರೋಗತಜ್ಞರನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಸಿಎಚ್‌ಸಿಗಳು	ಅರಿವಳಿಕೆ ತಜ್ಞರನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಸಿಎಚ್‌ಸಿಗಳು	ಆಪರೇಷನ್ ಥಿಯೇಟರ್‌ಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಸಿಎಚ್‌ಸಿಗಳು	ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೌಲಭ್ಯ ನೀಡುವ ಎಫ್‌ಆರ್‌ಯುಗಳಾಗಿ ಗೊತ್ತುಪಡಿಸಿರುವ ಸಿಎಚ್‌ಸಿಗಳು
ಬೆಂಗಳೂರು [ಗ್ರಾಮಾಂತರ]	2	495461.5	2	1	1	0	1	0
ಬೆಳಗಾವಿ	16	298728.8	14	11	8	2	12	4
ಬಳ್ಳಾರಿ	11	222963.2	11	11	2	2	8	0
ಚಿಕ್ಕಮಂಗಳೂರು	5	227592.2	5	4	4	1	4	2
ಹಾವೇರಿ	5	319533.6	5	5	4	1	4	1
ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	206	296579.1	95.7	82.3	36.6	10.8	67.2	23.1

ಮೂಲ: ಆರ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್, ಮತ್ತು ಡಿಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ -4

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ (ಸಿಎಚ್‌ಸಿ) ಗಳು ಸರಾಸರಿ 2, 96, 579 ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ. ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು [ಸಿಎಚ್‌ಸಿ] ಸುಮಾರು 5 ಲಕ್ಷ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ, ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ 2, 98, 728 ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದರೆ, ಬಳ್ಳಾರಿ ಮತ್ತು ಚಿಕ್ಕಮಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ [ಸಿಎಚ್‌ಸಿ] ಗಳು 2,22,000 ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಹಾವೇರಿ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಎಂದರೆ ಸುಮಾರು 3,20,000 ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಡಿಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ 4 ರ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಪ್ರಕಾರ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ಶೇಕಡ 36.6 ರಷ್ಟು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು (ಸಿಎಚ್‌ಸಿ) ಸ್ತ್ರೀರೋಗ ತಜ್ಞರನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ, ಮತ್ತು ಶೇಕಡ 10.8 ರಷ್ಟು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು (ಸಿಎಚ್‌ಸಿ) ಅರಿವಳಿಕೆ ತಜ್ಞರನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಶೇಕಡ 67.2 ರಷ್ಟು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಕಾರ್ಯನಿರತ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 23 ರಷ್ಟನ್ನು ಮೊದಲ ವರ್ಗವೇ ಘಟಕ [ಎಫ್‌ಆರ್‌ಯು] ಎಂದು ಗೊತ್ತುಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ, ಮತ್ತು ಇವುಗಳು ಸಿಸೀರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತವೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ 4 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ [ಸಿಎಚ್‌ಸಿ] ಗಳಲ್ಲಿ ಸಮೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ನಡೆಸಲಾಯಿತು, ಅದರಲ್ಲಿ ಒಂದು ಮಾತ್ರ ಎಫ್‌ಆರ್‌ಯು ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಮತ್ತು ಉಳಿದ ಮೂರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಹಂತ 2 ರ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿತ್ತು. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ನಮ್ಮ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ (ಸಿಎಚ್‌ಸಿ) ಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 10.41 ರಷ್ಟು ಹೆರಿಗೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

3.4.3 ಉಪವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ 227 ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಿವೆ ಮತ್ತು 146 ಉಪ ವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿವೆ. ಕೇವಲ 17 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು [ಸಿಎಚ್‌ಸಿ] ಮೊದಲನೇ ಉಲ್ಲೇಖಿತ ಘಟಕ [ಎಫ್‌ಆರ್‌ಯು] ಗಳಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ, ಅಂದರೆ ಇತರೆ ಶೇಕಡ 7.4 ರಷ್ಟು ತಾಲ್ಲೂಕು ಕೇಂದ್ರ ಕಚೇರಿಯಲ್ಲಿವೆ ಎಂದು ಊಹಿಸಲಾಗಿದೆ, ಅಂದರೆ ಸುಮಾರು ಶೇಕಡ 28.28 ರಷ್ಟು ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಿಗೆ ಉಪ ವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಸೌಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ, ಅಂದರೆ 10 ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ 2 ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳು ತಾಲ್ಲೂಕು ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿಯೂ ಮೊದಲ ವರ್ಗವೇ ಘಟಕ [ಎಫ್ ಆರ್ ಯು] ಹೊಂದಿಲ್ಲ. ಡಿಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ 4 ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಪ್ರಕಾರ, ರಾಜ್ಯದ ಶೇಕಡ 51.4 ರಷ್ಟು ಉಪ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಶೇಕಡ 37.8 ರಷ್ಟು ಉಪ ವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಸೌಲಭ್ಯವಿದೆ. ನಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಕಾರ ಈ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಹೆರಿಗೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಶೇಕಡಾ 24.63 ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚುಮಾಡಿವೆ. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಉಪವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಸರಾಸರಿ 4,18,460 ಜನರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ, ಬೆಳಗಾವಿ 5,31,073 ರಷ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ಗರಿಷ್ಠ ಮಿತಿಯನ್ನು ಮೀರಿದೆ. ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು 1,89,660 ಜನಸಂಖ್ಯೆಯೊಂದಿಗೆ ಕಡಿಮೆ ಮಿತಿಯಲ್ಲಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 3.5 ಕರ್ನಾಟಕದ ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ ಮತ್ತು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	ಉಪವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	ಉಪವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ತಲಾ ಜನಸಂಖ್ಯೆ	ಮಕ್ಕಳ ತಜ್ಞರನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಉಪವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	ವಿಕಿರಣ ತಜ್ಞರನ್ನು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಹೊಂದಿರುವ ಉಪವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	ಅಲ್ಟ್ರಾ ಸೌಂಡ್ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಹೊಂದಿರುವ ಉಪವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	ಕ್ಲಿಷ್ಚಕರ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವ SDHs ಉಪವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ
ಬೆಂಗಳೂರು [ಗ್ರಾಮಾಂತರ]	4	247730.8	4	0	4	1
ಬೆಳಗಾವಿ	9	531073.4	4	1	9	6
ಬಳ್ಳಾರಿ	6	408765.8	1	0	2	0
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	6	189660.2	1	0	2	0
ಹಾವೇರಿ	6	266278	4	1	3	1
ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	146	418460.9	51.4	16.2	37.8	46

ಮೂಲ: ಆರ್‌ಎಲ್‌ಎಸ್ 2018 ಮತ್ತು ಡಿಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್-4

3.4.4 ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು

ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ "ಹಬ್-ಅಂಡ್-ಸ್ಪೋಕ್" (ಚಿಕ್ಕ ಮತ್ತು ಅದರ ಸುತ್ತ ಇರುವ ಕಡ್ಡಿಗಳ) ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಆಯೋಜಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ, ಉತ್ತಮವಾಗಿ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಸಾಧನ-ಸಲಕರಣೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಹೊರವಲಯದ

(ಅಷ್ಟು ಮುಖ್ಯವಲ್ಲದ) ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳಿಗಿಂತ (ಸ್ಪೋಕ್ - ಕಡ್ಡಿಗಳು) ದೊಡ್ಡ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ (ಹಬ್- ಕೇಂದ್ರ) ಗಳಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ. ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ಕಡಿಮೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿರುವ ತೀರ್ಮಾನವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು (ಇಂಗ್ಲಿಷ್ ಲಾನಟಾ, ನುಗ್ಗಿ, ಮತ್ತು ಸ್ಮಿತ್, 2006). ಇದು ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಉಪಕರಣಗಳು ಮತ್ತು ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ನಮ್ಮ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ 20.6% ರಷ್ಟು ಹೆರಿಗೆಗಳು ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಆಗಿವೆ.

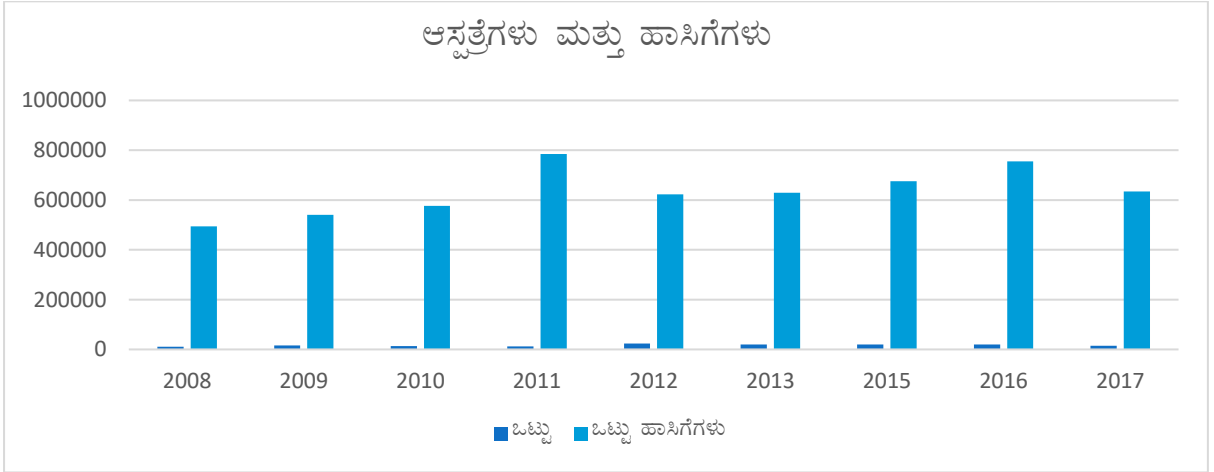
ಕೋಷ್ಟಕ 3.6 ಕರ್ನಾಟಕ ಮತ್ತು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಸಮೀಕ್ಷೆ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಗಳಲ್ಲಿನ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	ಜಿಲ್ಲಾಸ್ಪತ್ರೆ	ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲಾಸ್ಪತ್ರೆಯ ಜನಸಂಖ್ಯೆ	ಮಕ್ಕಳ ತಜ್ಞರನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಜಿಲ್ಲಾಸ್ಪತ್ರೆ	ಅಲ್ಟ್ರಾ ಸೌಂಡ್ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಹೊಂದಿರುವ ಜಿಲ್ಲಾಸ್ಪತ್ರೆ
ಬೆಂಗಳೂರು [ಗ್ರಾಮಾಂತರ]	0	0	ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ
ಬೆಳಗಾವಿ	1	47,79,661	1	1	1
ಬಳ್ಳಾರಿ	1	2452595	1	1	1
ಬೆಕನೂರು	1	1137961	1	0	1
ಹಾವೇರಿ	1	1597668	1	1	1
ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	15	4073019.8	86.2	89.7	75.9

ಮೂಲ: ಆರ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್, 2018, ಡಿಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್-4

3.5 ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತು ಹಾಸಿಗೆಗಳು

ಚಿತ್ರ 3.6 ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತು ಹಾಸಿಗೆಗಳು



ಮೂಲ: ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಿವರ 2018

ಆರೋಗ್ಯವು ರಾಜ್ಯಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ವಿಷಯವಾಗಿರುವುದರಿಂದ, ಅಗತ್ಯತೆ ಮತ್ತು ನಿಧಿಯ ಲಭ್ಯತೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ತಮ್ಮ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಸಿಗೆಯ ಸಂಖ್ಯೆಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಮಾಡುವುದು ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಗಳ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ (ಎನ್‌ಆರ್‌ಹೆಚ್‌ಎಂ) ಸೇರಿದಂತೆ ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಹಾಸಿಗೆಯ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು ಸೇರಿದಂತೆ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯಗಳ ವಿಸ್ತರಣೆ ಮತ್ತು ಉನ್ನತೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರಗಳು ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಗಳಿಗೆ ನೆರವು ನೀಡುತ್ತವೆ. ಒಂದು ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು 90,343, ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದೆ ಮತ್ತು

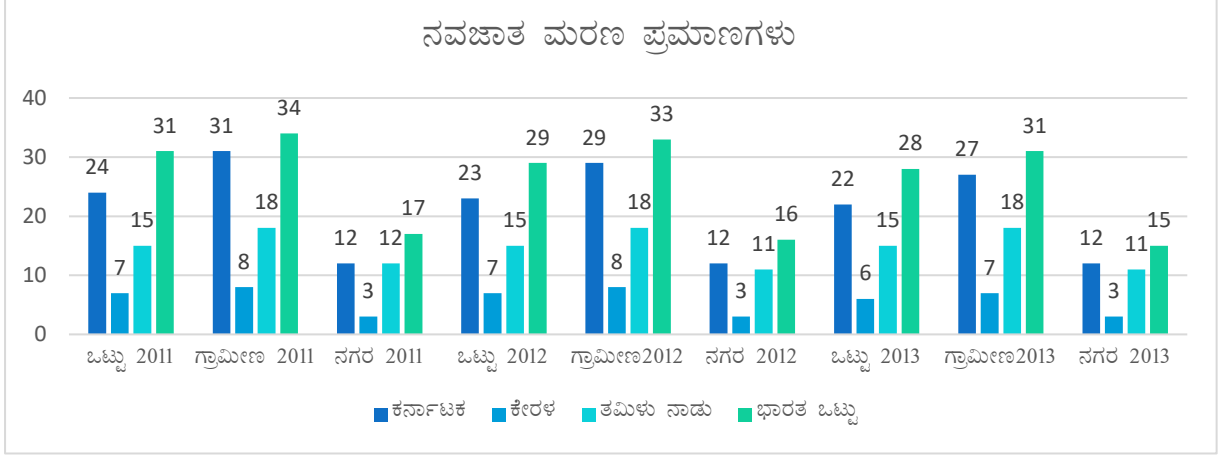
ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಈ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು 2046 ಹಾಸಿಗೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ. 2015 ರಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು 61,011 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಪ್ರತಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ 1833 ಹಾಸಿಗೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿತ್ತು.

3.5.1 ನವಜಾತ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣಗಳು

ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಅವಧಿ-ಜೀವನದ ಮೊದಲ 28 ದಿನಗಳು-ಬಾಲ್ಯದ ಯಾವುದೇ ಅವಧಿಗಿಂತ ಈ ಅವಧಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಾವಿನ ಅಪಾಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಜೀವನದ ಮೊದಲ 4 ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ಮರಣದ ಅಪಾಯವು ನಂತರದ ಅವಧಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ 30 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಜಾಗತಿಕ ಬದುಕುಳಿಯುವ ಜನನದ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದರೆ ಭಾರತದ ಕೊಡುಗೆ ಐದನೇ ಒಂದು ಭಾಗ. 2013 ರಲ್ಲಿ ಇದು ವಿಶ್ವದಲ್ಲಿನ ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣದ ಕಾಲು ಭಾಗಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿತ್ತು (ವರದಿ - ಶಂಕರ್ ಮತ್ತು ಇತರರು, 2016). ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು 0-27 ದಿನಗಳ ನಡುವೆ ಸಂಭವಿಸುವ ಶಿಶುಗಳ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ (ಇದನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಜೀವನದ 1 ನೇ ತಿಂಗಳು ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ) ಇದನ್ನು ಒಟ್ಟು ಜನನಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯಿಂದ ಭಾಗಿಸಿ 1000 ರಿಂದ ಗುಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ಮರಣ ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ಆರೈಕೆಯ ಪ್ರಮುಖ ಫಲಿತಾಂಶವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಇದರೊಂದಿಗೆ ಇದು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ, ಇಂಟ್ರಾಪಾರ್ಟಮ್ ಅವಧಿ (ಹೆರಿಗೆಯ ಅವಧಿ) ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿಸುತ್ತದೆ. ಆರಂಭಿಕ ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಸಾವುಗಳು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಅಂಶಗಳು ಮತ್ತು ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯದೊಂದಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿವೆ, ಆದರೆ ತಡವಾಗಿ ಸಂಭವಿಸುವ ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಸಾವುಗಳು ಜನಿಸಿದ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿನ ಅಂಶಗಳೊಂದಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿವೆ. (ನವಜಾತ ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಸೂಚಿಸಲು ಕೆಳಗೆ ಬಳಸಲಾದ ದತ್ತಾಂಶ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ನೀತಿ ಆಯೋಗದ ಜಾಲತಾಣದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಕಾಣಬಹುದು. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಇದು ಪ್ರಸ್ತುತ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ).

ಚಿತ್ರ 3.7 ನವಜಾತ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣಗಳು



ಮೂಲ: ನೀತಿ ಆಯೋಗ

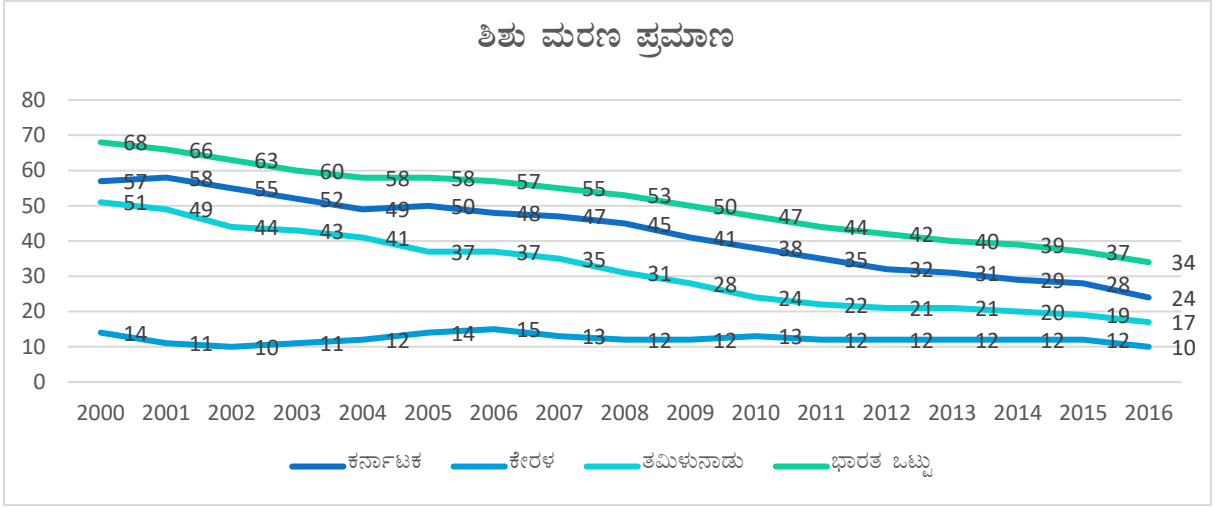
ಸಶಕ್ತ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಗುಂಪಿನ [ಇಎಜಿ] ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ನವಜಾತ ಶಿಶು ಮರಣವು ಪ್ರತಿ ಸಾವಿರ ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ 30 ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ನವಜಾತ ಶಿಶು ಮರಣವು ರಾಜ್ಯದ ಸರಾಸರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ನಗರದ ನವಜಾತ ಶಿಶು ಮರಣವು ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ರಾಜ್ಯದ ಸರಾಸರಿಗಿಂತ ಅರ್ಧ ಅಥವಾ ಅರ್ಧಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇದೆ. ಭಾರತದ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಕೇರಳವು ಕಡಿಮೆ ನವಜಾತ ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ಕರ್ನಾಟಕವು ಭಾರತದ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ 9 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ನವಜಾತ ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ 2011 ರಲ್ಲಿ 24 ರಿಂದ 2013 ರಲ್ಲಿ 22 ಕ್ಕೆ ಇಳಿಕೆಯಾಗಿದ್ದು, 2 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಇದರ ಪ್ರಮಾಣ 8.3% ನಷ್ಟು ತಗ್ಗಿದೆ.

3.5.2 ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ

ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು (ಐಎಂಆರ್), ಒಂದು ವರ್ಷದಲ್ಲಿ 1000 ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ 1 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಗಿದೆ, ಇದನ್ನು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಅತ್ಯಂತ ಸೂಕ್ಷ್ಮ (ಪ್ರಾಕ್ಸಿ) ಅಳತೆ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದು ಶಿಶು ಮರಣದ ಕಾರಣಗಳು ಮತ್ತು ಇಡೀ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ಅವುಗಳ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಸಾಮಾನ್ಯ ಜೀವನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು, ಸಾಮಾಜಿಕ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ, ಅನಾರೋಗ್ಯದ ದರಗಳು ಮತ್ತು ಪರಿಸರದ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವ ಇತರ ಅಂಶಗಳ ನಡುವಿನ ಸ್ಪಷ್ಟ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿಸುತ್ತದೆ (ರೀಡ್ಲಾಟ್ ಮತ್ತು ಅಲೋಟಿ, 2003)

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಚಿತ್ರ 3.8 ಶಿಶು ಮರಣ



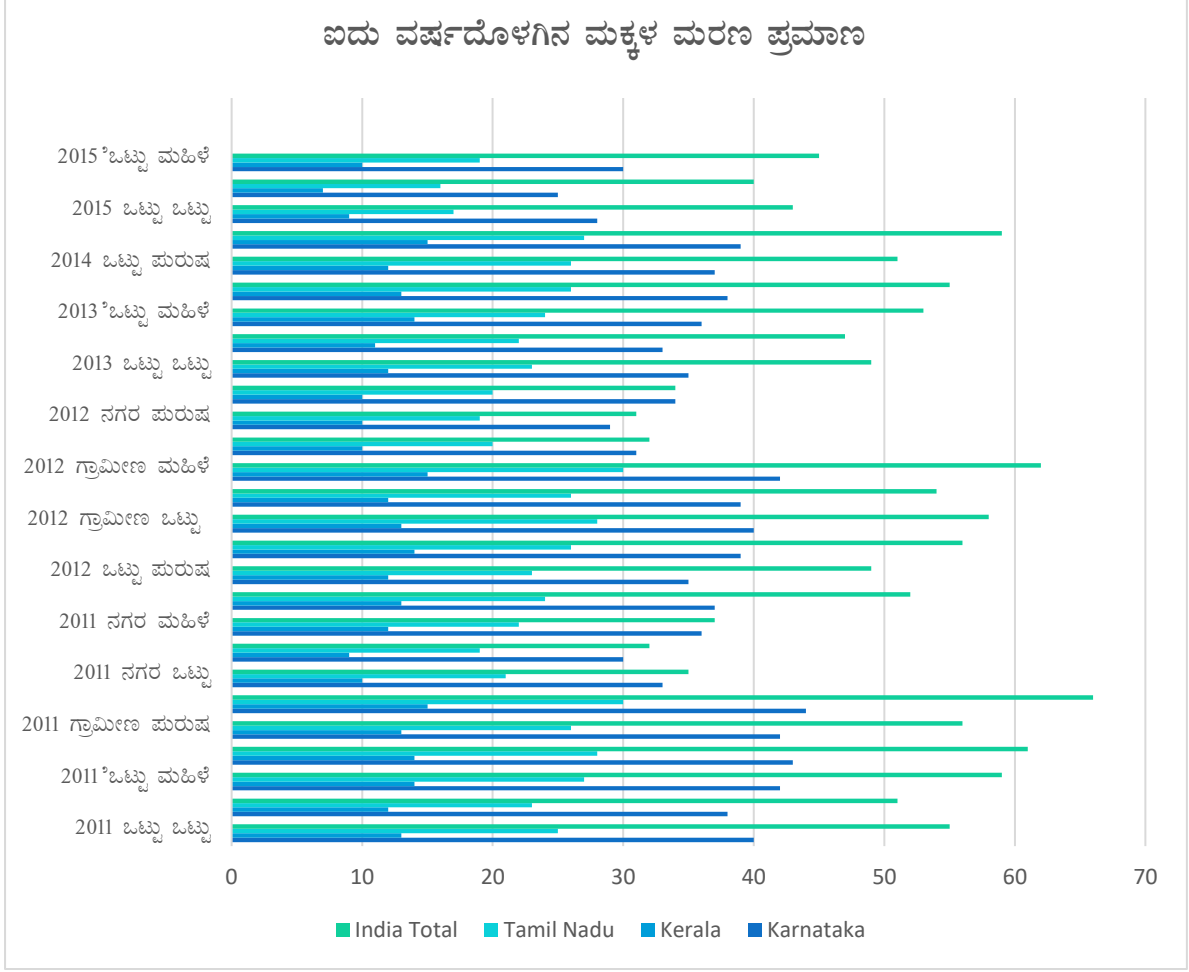
ಮೂಲ: ಎಸ್‌ಆರ್‌ಎಸ್ ಬುಲೆಟಿನ್

2000 ರಿಂದ 2016 ರವರೆಗೆ ಭಾರತದ ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವು 68 ರಿಂದ 34 ಕ್ಕೆ ಇಳಿದು ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಕಡಿಮೆ ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಕೇರಳವು ಅಗ್ರಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ 36 ರಿಂದ 47 ರ ಅಂತರದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಇವು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶ 47 ಶಿಶು ಮರಣದೊಂದಿಗೆ ಪಟ್ಟಿಯ ಕೆಳಭಾಗದಲ್ಲಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕದ ಶಿಶು ಮರಣ ದರಗಳು 2000 ದಲ್ಲಿ 57 ರಿಂದ 2016 ರಲ್ಲಿ 24 ಕ್ಕೆ ಇಳಿದಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶಿಶುಮರಣದ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯು ಶೇಕಡ 50 ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 57.89 ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದಡಿಯಲ್ಲಿ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಕೈಗೊಂಡ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿದೆ. ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿ ತೊಡಕುಗಳ ಹೊರತಾಗಿಯೂ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಕೈಗೊಂಡ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಉತ್ತಮವಾದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದೆ.

3.5.3 ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ

5 ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಟ್ಟ ಮತ್ತು ದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಒಟ್ಟಾರೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪ್ರಮುಖ ಸೂಚಕವಾಗಿದೆ. ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವು ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಜನಿಸಿದ ಮಗು ಐದು ವರ್ಷ ತಲುಪುವ ಮೊದಲು ಸಾಯುವ ಸಂಭವನೀಯತೆಯಾಗಿದೆ. ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು 1,000 ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ ಕನಿಷ್ಠ 25 ಕ್ಕೆ ಇಳಿಸಲು ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿಯು ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವು 2011 ರಲ್ಲಿ 40/1000 ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಂದ, 2015 ರಲ್ಲಿ 28/000 ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ ಇಳಿದಿದೆ, ಇದರಿಂದಾಗಿ 4 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇಕಡ 30 ರಷ್ಟು ತಗ್ಗಿದೆ. ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಭಾರತದಾದ್ಯಂತ ಶೇಕಡ 25 ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಬಾಲ್ಯದ ನ್ಯೂಮೋನಿಯಾ ಮತ್ತು ಅತಿಸಾರದಿಂದ ಸಾಯುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕಡಿತವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ.

ಚಿತ್ರ 3.9 ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ



ಮೂಲ: ಎಸ್ ಆರ್ ಎಸ್, ಬುಲೆಟಿನ್

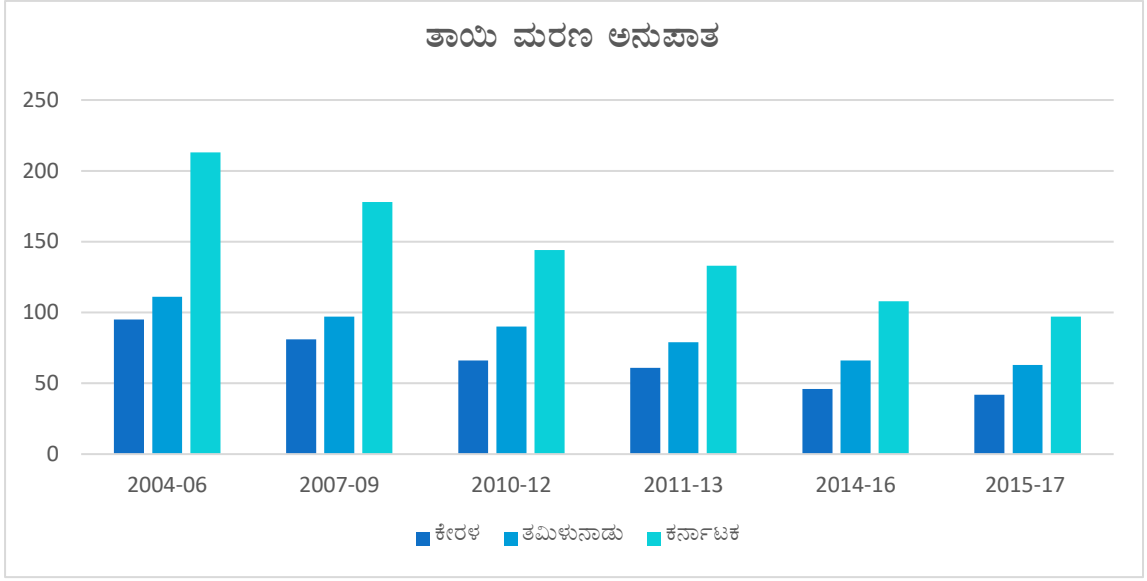
3.5.4 ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಅನುಪಾತಗಳು

ಕೆಲವು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಸಾವುಗಳು ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯಲ್ಲಿ ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಶ್ರೀಮಂತ ಮತ್ತು ಬಡವರ ನಡುವಿನ ಅಂತರವನ್ನು ಎತ್ತಿ ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ನಂತರದ ತೊಂದರೆಗಳ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಸಾಯುತ್ತಾರೆ. ಈ ಹೆಚ್ಚಿನ ತೊಂದರೆಗಳು ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಗುತ್ತವೆ, ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚಿನವು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದಾದ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಬಲ್ಲವು. ಎಲ್ಲಾ ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಸಾವುಗಳಲ್ಲಿಕಂಡುಬರುವ ಸುಮಾರು ಶೇಕಡ 75 ರಷ್ಟು ಪ್ರಮುಖ ತೊಡಕುಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿವೆ: (ಇತರರು, 2014)

- ತೀವ್ರ ರಕ್ತಸ್ರಾವ (ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರ ಅತಿಯಾದ ರಕ್ತಸ್ರಾವ)
- ಸೋಂಕುಗಳು (ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರ)
- ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ (ಪೂರ್ವ ಎಕ್ಲಾಂಪ್ಷಿಯಾ ಮತ್ತು ಎಕ್ಲಾಂಪ್ಷಿಯಾ)
- ಹೆರಿಗೆಯ ತೊಡಕುಗಳುಅಸುರಕ್ಷಿತ ಗರ್ಭಪಾತ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಚಿತ್ರ 3.10 ತಾಯಿ ಮರಣ



ಮೂಲ: ಎಸ್ ಆರ್ ಎಸ್

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಅನುಪಾತವು 2004-06ರಲ್ಲಿ 213/100000 (ಒಂದು ಲಕ್ಷ) ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಂದ 2015-17ರಲ್ಲಿ 97 ಕ್ಕೆ ಇಳಿದಿದೆ. ಇದು ಶೇಕಡ 54.46 ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಕೇರಳದಲ್ಲಿ ಇದು ಶೇಕಡ 55.79 ರಷ್ಟು ಮತ್ತು ತಮಿಳುನಾಡಿನಲ್ಲಿ ಒಂದು ದಶಕದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 43.24 ರಷ್ಟು ತಗ್ಗಿತು. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇಕಡ 51.97 ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಹೆಚ್ಚಿದ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚಿದ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಸೇವೆಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಸುಧಾರಿತ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಯ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಈ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿನ ಕಡಿತವು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ.

3.6 ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ

ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಹದಿಹರೆಯದ ಹುಡುಗಿಯರಿಗೆ ನುರಿತ ಆರೋಗ್ಯ-ವೃತ್ತಿಪರರು ಒದಗಿಸುವ ಆರೈಕೆ/ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ (ಎಎನ್‌ಸಿ) ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಬಹುದು. ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತೊಡಕುಗಳು ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದ ಅಪಾಯದಲ್ಲಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಹುಡುಗಿಯರನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದನ್ನು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆಯು (ಎಎನ್‌ಸಿ) ಒಳಗೊಂಡಿದೆ, ಹೀಗಾಗಿ ಸೂಕ್ತ ಮಟ್ಟದ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ("ಪರಿಚಯ-ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಧನಾತ್ಮಕ ಅನುಭವಕ್ಕಾಗಿ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ WHO ಶಿಫಾರಸುಗಳು - ಎನ್ನಿಬಿಐ ಪುಸ್ತಕದ ಕಪಾಟು.") ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಸಮೀಕ್ಷೆಯು ಪೂರ್ಣ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆಯನ್ನು "ಕನಿಷ್ಠ ನಾಲ್ಕು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ ಭೇಟಿಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಬೇಕು, ಕನಿಷ್ಠ ಒಂದು ಟಿಟಿ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದನ್ನು ಪಡೆದಿರಬೇಕು ಮತ್ತು 100 ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚಿನ ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಿರಪ್ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿರಬೇಕು ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸುತ್ತದೆ.

ಮೊದಲ ಭೇಟಿ ಮತ್ತು ನೋಂದಣಿ - ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ [ಎಎನ್‌ಸಿ] ಗೆ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆ ಮೊದಲ ಭೇಟಿ ಅಥವಾ ನೋಂದಣಿ ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ಆಗಿರುವುದರ ಕುರಿತು ಸಂದೇಹಗಳಿರುವ ಹಂತದಲ್ಲಿಯೇ ತಕ್ಷಣ ನಡೆಯಬೇಕು. ತಾತ್ಕಾಲಿಕವಾಗಿ, ನೋಂದಣಿಯ ಭಾಗವಾಗಿ ಮೊದಲ ಭೇಟಿ 12 ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಯಬೇಕು ಮತ್ತು ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್

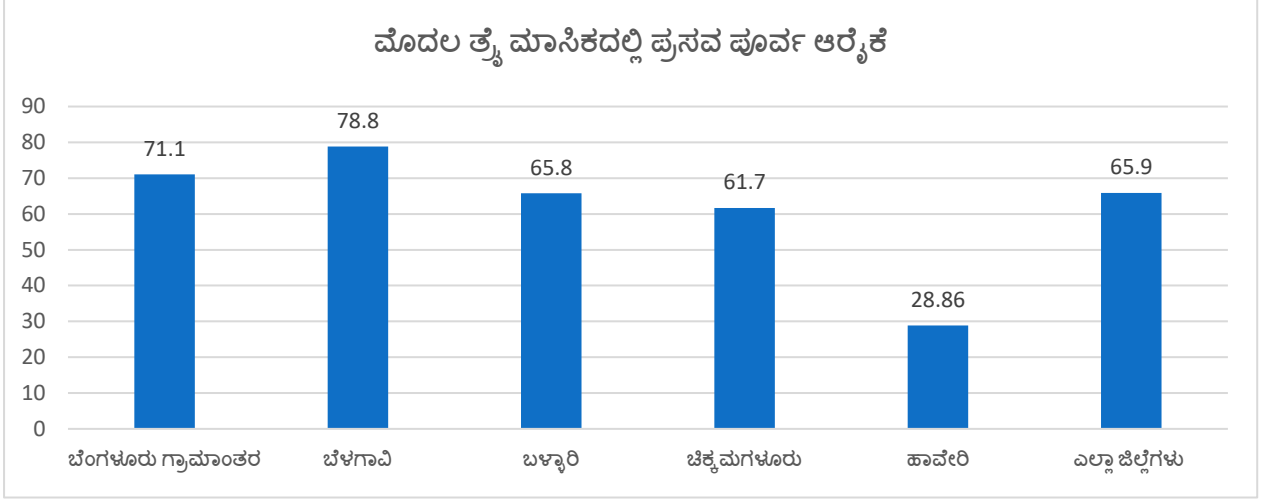
(ಎಂಪಿಐ ಕಾರ್ಡ್) ಒದಗಿಸಬೇಕು. ಇದರಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸೂಚನೆಗಳು ಇರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅವರು ಸರ್ಕಾರದ ಯಾವೆಲ್ಲ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಅರ್ಹರು ಎಂಬ ಮಾಹಿತಿ ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ಮೊದಲ ಭೇಟಿಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರದ ಮೂಲಕ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆ (ಯುಪಿಟಿ), ಹಿಮೋಗ್ಲೋಬಿನ್ ಅಂದಾಜುಗಾಗಿ ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೋಟೀನ್ ಅಂಶ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲು [ಆರ್ ಹೆಚ್ ಅಂಶ] ಸೇರಿದಂತೆ ರಕ್ತ ಗುಂಪು, ಸಕ್ಕರೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೋಟೀನ್‌ಗಳ ಉಪಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ನಿರ್ಣಯಿಸಲು ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷೆ ಎಚ್‌ಐವಿ, ಹೆಚ್‌ಬಿಎಸ್‌ಎಜಿ ಮತ್ತು ವಿಡಿಆರ್‌ಎಲ್ ತ್ವರಿತ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಎರಡನೇ ಎಎನ್‌ಐ ಭೇಟಿಯನ್ನು 14 ರಿಂದ 26 ವಾರಗಳ ನಡುವೆ ನಿಗದಿಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ; ಮೂರನೇ ಎಎನ್‌ಐ ಭೇಟಿಯನ್ನು 28 ರಿಂದ 34 ವಾರಗಳ ನಡುವೆ ಮತ್ತು ನಾಲ್ಕನೇ ಎಎನ್‌ಐ ಭೇಟಿಯನ್ನು 36 ವಾರಗಳು ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ಅವಧಿಯ ನಡುವೆ ನಿಗದಿಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ (37 ವಾರಗಳ ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸುವಿಕೆ). ದ್ವಿತೀಯ ಮೂಲಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಕೆಳಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ; ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 89.3 ರಷ್ಟು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಗಳು ನೋಂದಣಿಯಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಅವರಿಗೆ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ರಕ್ಷಣಾ ಕಾರ್ಡ್ [ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್] (ಎಂಪಿಐ ಕಾರ್ಡ್) ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ 4 ದತ್ತಾಂಶದ ಪ್ರಕಾರ ಬೆಳಗಾವಿ ಮತ್ತು ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ಶೇಕಡ 96 ರಷ್ಟು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಗಳು ನೋಂದಣಿಯಾಗಿವೆ, ಅದೇ ರೀತಿ ನೋಂದಣಿಗಳು ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ಶೇಕಡ 94 ರಷ್ಟು, ಹಾವೇರಿ ಯಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 93.4 ರಷ್ಟು, ಮತ್ತು ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಠ ಶೇಕಡ 86.5 ರಷ್ಟಿದೆ.

3.7 ಮೊದಲ ತ್ರೈಮಾಸಿಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ [ಎಎನ್‌ಐ] ಭೇಟಿ

ಮೊದಲ ತ್ರೈಮಾಸಿಕದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡುವ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 2 ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಳ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ, ಇದು ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ 3 ರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 68 ರಷ್ಟು ಮತ್ತು ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ 4 ರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 70.1 ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 1 ರಷ್ಟು ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕದ ಸರಾಸರಿ 65.9 ಶೇಕಡಾರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮೊದಲ ತ್ರೈಮಾಸಿಕದಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಮೊದಲ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ [ಎಎನ್‌ಐ] ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಇದು ಶೇಕಡ 69.4 ರಷ್ಟು ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 67.1 ರಷ್ಟಿದೆ. ಚಿಕ್ಕ ಮಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 61.7, ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 78.8, ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ತ್ರೈಮಾಸಿಕದಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 71.1 ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿದ್ದಾರೆ, ಹಾವೇರಿಯ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳು ಶೇಕಡ 68.2 ರಷ್ಟಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಚಿತ್ರ 3.11 ಮೊದಲ ತ್ರೈಮಾಸಿಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ



ಮೂಲ: ಎನ್‌ಎಫ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ 4

3.7.1.1 ಕನಿಷ್ಠ 100 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶ ಮತ್ತು ಫೋಲಿಕ್ ಆಸಿಡ್ ಮಾತೃಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಶೇಕಡಾವಾರು

ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಮ್ಮದೇ ಆದ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ಭ್ರೂಣದ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶದ ಅಗತ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಕಬ್ಬಿಣ ಮತ್ತು ಫೋಲಿಕ್ ಆಸಿಡ್ ಮಾತೃ (ಐಎಫ್‌ಎ) ಗಳ ಅಗತ್ಯವಿರುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಕಬ್ಬಿಣ ಮತ್ತು ಫೋಲಿಕ್ ಆಮ್ಲದಲ್ಲಿನ ನ್ಯೂನತೆಗಳು ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ, ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಭ್ರೂಣದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಮೇಲೆ ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತವೆ. ಕಬ್ಬಿಣ ಮತ್ತು ಫೋಲಿಕ್ ಆಸಿಡ್ ಮಾತೃಗಳು ಪೂರಕಗಳ ಬಳಕೆಯು ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಕಬ್ಬಿಣದ ಕೊರತೆ ಮತ್ತು ರಕ್ತಹೀನತೆಯ ಅಪಾಯವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಎಂದು ಪುರಾವೆಗಳು ತೋರಿಸಿವೆ. (ಪೆನಾ-ರೋಸಾಸ್, ಡಿ-ರೆಜಿಲ್, ಗಾರ್ಸಿಯಾ-ಕ್ಯಾಸಲ್, ಮತ್ತು ಡೌಸ್ಟೆಲ್, 2015).

ಎನ್‌ಎಫ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ -4 ರಂತೆ, ಶೇಕಡ 45 ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿದ್ದಾಗ 100 ದಿನಗಳ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾಲ ಕಬ್ಬಿಣ ಮತ್ತು ಫೋಲಿಕ್ ಆಸಿಡ್ ಮಾತೃಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. 100 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಕಬ್ಬಿಣ ಮತ್ತು ಫೋಲಿಕ್ ಆಸಿಡ್ ಮಾತೃ [ಐಎಫ್‌ಎ] ಸೇವನೆಯ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಇದರ ಬಳಕೆ ಚಿಕ್ಕ ಮಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 22 ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ಗರಿಷ್ಠ 62 ಶೇಕಡದಷ್ಟಿದೆ. ಕಬ್ಬಿಣ ಮತ್ತು ಫೋಲಿಕ್ ಆಸಿಡ್ [ಐಎಫ್‌ಎ] ಸೇವನೆಯು ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ಶೇಕಡ 27.2, ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 44.9 ಮತ್ತು ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 46.5 ರಷ್ಟಿದೆ.

3.7.2 ಸಂಪೂರ್ಣ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ [ಎಎನ್‌ಸಿ] ಹೊಂದಿದ್ದ ಮಹಿಳೆಯರು

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಠ ನಾಲ್ಕು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ ಭೇಟಿಗಳು, ಕನಿಷ್ಠ ಒಂದು ಟಿಟಿ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಮತ್ತು 100 ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚಿನ ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಕಬ್ಬಿಣ ಮತ್ತು ಫೋಲಿಕ್ ಆಸಿಡ್ [ಐಎಫ್‌ಎ] ಮಾತೃ ಮತ್ತು ಸಿರಪ್ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಮಹಿಳೆಯರ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇಕಡ 32.8. ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ [ಎಎನ್‌ಸಿ] ಯ ಪ್ರಮಾಣ ಎಂದರೆ ಶೇಕಡ 13.7 ರಷ್ಟು, ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ ಇದು ಶೇಕಡ 19.5 ರಷ್ಟಿದೆ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಮತ್ತು ಬೆಳಗಾವಿ ಎರಡರಲ್ಲೂ ಈ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇಕಡ 42.5ರಷ್ಟಿದೆ

ಮತ್ತು ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 30.4 ರಷ್ಟಿದೆ.

ಎಎನ್‌ಸಿಗೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯ ಬಳಕೆ

ಡಿಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್-4 (2012-13) ರ ಪ್ರಕಾರ, ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ [ಎಎನ್‌ಸಿ] ಗೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಳಕೆ ಶೇಕಡ 64.7 ರಷ್ಟಿದ್ದರೆ, ಹಾವೇರಿ ಶೇಕಡ 73.5 ರೊಂದಿಗೆ ಅಗ್ರಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 71.2, ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು ಮತ್ತು ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಶೇಕಡ 65.9 ಮತ್ತು ಶೇಕಡ 63.2 ರಷ್ಟಿದೆ. ಸಮೀಕ್ಷೆ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 55.3 ರೊಂದಿಗೆ ಬೆಳಗಾವಿ ಪಟ್ಟಿಯ ಕೆಳಭಾಗದಲ್ಲಿದೆ.

3.8 ಹೆರಿಗೆ

3.8.1 ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು

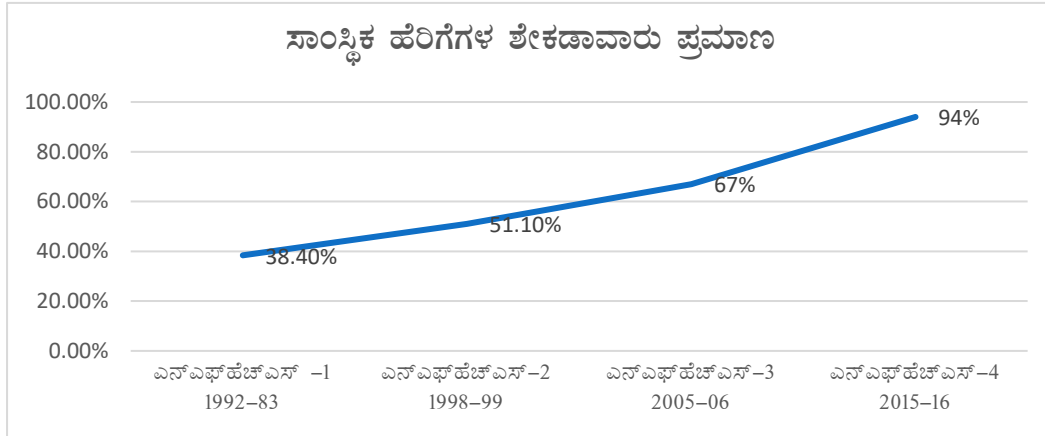
ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಅನುಪಾತವನ್ನು 100000 ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ 70 ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವತ್ತ ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿ 3 (ಎಸ್ ಡಿ ಜಿ-3) ರ ಕಡೆಗೆ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ನುರಿತಹೆರಿಗೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಹಾಜರಾತಿ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಸೂಚಕವಾಗಿದೆ. ವೃತ್ತಿಪರ ಗಮನದ ಜೊತೆಗೆ, ತಾಯಂದಿರು ತಮ್ಮ ಶಿಶುಗಳನ್ನು ಸೂಕ್ತವಾದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಜನ್ಮ ನೀಡುವುದೂ ಬಹಳ ಮುಖ್ಯ. ಅಲ್ಲಿ ಜೀವ ಉಳಿಸುವ ಉಪಕರಣಗಳು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿಗೆ ಸಾವು ಅಥವಾ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಅಪಾಯವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ. (“ಎಲ್‌ಎಸ್‌ಹೆಚ್‌ಟಿಎಂ ರಿಸರ್ಚ್ ಆನ್‌ಲೈನ್,” ಎನ್.ಡಿ).

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ -1 (1992-93) ರಲ್ಲಿ 38.4% ರಿಂದ ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ - 4 (2015-16) ರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 94 ಕ್ಕೆ ಏರಿಕೆಯಾಗಿದ್ದು, ಶೇಕಡ 55 ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಳವಾಗಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ (ಎನ್ ಆರ್ ಹೆಚ್ ಎಂ) ದೊಂದಿಗೆ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಯಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳಿಗೆ ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ನೀಡಲಾಯಿತು, ಇದರಿಂದಾಗಿ 2005-2016ರಿಂದ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಶೇಕಡ 27ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಷರತ್ತುಬದ್ಧ ನಗದು ವರ್ಗಾವಣೆಯ ಪರಿಚಯದಿಂದಾಗಿ 1992-2005ರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 28.6 ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಳಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಒಂದು ದಶಕದಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಸುಮಾರು ಶೇಕಡ 27 ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.

ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ 4 ರ ಪ್ರಕಾರ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಆಗುತ್ತಿರುವ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇಕಡ 93.3 ಆಗಿದ್ದು, ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದವರು ಶೇಕಡ 98 ರೊಂದಿಗೆ ಅಗ್ರಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದ್ದರೆ, ಬೆಳಗಾವಿ ಮತ್ತು ಹಾವೇರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಈ ಪ್ರಮಾಣ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಶೇಕಡ 96.6 ಮತ್ತು ಶೇಕಡ 96.7 ಇದ್ದು ಇವರು ನಂತರದ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ಚಿಕ್ಕ ಮಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 95.2ರಷ್ಟು ಜನನಗಳು ಸಾಂಸ್ಥಿಕವಾಗಿದ್ದರೆ, ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ ಇದು ಶೇಕಡ 86.2 ರಷ್ಟು ದಾಖಲಾಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಚಿತ್ರ 3.12 ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು



3.8.2 ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ತೊಡಕುಗಳಿಗೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಗಳ ಬಳಕೆ

ಡಿಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ 4 (2012-13) ರ ಪ್ರಕಾರ, ಶೇಕಡ 48 ರಷ್ಟು ಜನರು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗಾಗಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಒಟ್ಟು ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 33.7, ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣದಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 49.4ರಷ್ಟು, ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 57.3ರಷ್ಟು, ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 56.4 ರಷ್ಟು, ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 60 ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಸಂಬಂಧಿತ ತೊಂದರೆಗಳಿಗೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಪ್ರಕಾರ, ಶೇಕಡ 80.7 ರಷ್ಟು ತೊಡಕುಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿವೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 3.7 ಕ್ಷಿಪಕರ ಸಮಸ್ಯೆ ಮತ್ತು ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಳಕೆ

ಹೆರಿಗೆ ವಿಧ	ಕ್ಷಿಪಕರ ಪ್ರಮಾಣ	ಮಗು	ತಾಯಿ	ಒಟ್ಟು
ವಿವರಗಳಿಲ್ಲ	1	0	0	1
ಶೇಕಡವಾರು ಮೌಲ್ಯ	.1	0.0	0.0	.0
ಗರ್ಭಪಾತ	1	0	0	1
ಶೇಕಡವಾರು ಮೌಲ್ಯ	.1	0.0	0.0	.0
ಮನೆ ಹೆರಿಗೆ	6	0	0	6
ಶೇಕಡವಾರು ಮೌಲ್ಯ	.3	0.0	0.0	.3
ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯ	337	8	13	358
ಶೇಕಡವಾರು ಮೌಲ್ಯ	16.9	18.2	20.0	17.0
ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯ	1650	36	52	1738
ಶೇಕಡವಾರು ಮೌಲ್ಯ	82.7	81.8	80.0	82.6
ಒಟ್ಟು	1995	44	65	2104
ಶೇಕಡವಾರು ಮೌಲ್ಯ	94.8	2.1	3.1	100.0

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

3.8.3 ಹೆರಿಗೆಗೆ ವೈದ್ಯರು / ದಾದಿ / ಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ವಿ / ಎಎನ್‌ಎಂ / ಇತರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತಾರೆಯೇ?

ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್-4 ಪ್ರಕಾರ ಹೆರಿಗೆಗೆ ವೈದ್ಯರು / ನರ್ಸ್ / ಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ವಿ / ಎಎನ್‌ಎಂ / ಇತರ ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರ ಸಹಾಯವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಪ್ರಮಾಣ ಕರ್ನಾಟಕದ ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ಶೇಕಡ 93.7 ರಷ್ಟಿದೆ. ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ ಇದು ಶೇಕಡ 91ರಷ್ಟು ಆಗಿತ್ತು. ಶೇಕಡ 100ರಷ್ಟು ನುರಿತ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಹಾಜರಾತಿ ಹೊಂದಿರುವ ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಅಗ್ರಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 99%ರಷ್ಟು ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 83.2 ಮತ್ತು ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 93.1ರಷ್ಟು ನುರಿತ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಜನನದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹಾಜರಿರುತ್ತಾರೆ.

3.9 ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಆರೈಕೆ (ಪಿಎನ್‌ಸಿ)

ಪ್ರಸವನಂತರದ ಅವಧಿಯನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹೆರಿಗೆಯ ಆರು ವಾರಗಳೆಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಅವಧಿಯನ್ನು ತಾಯಂದಿರು ಮತ್ತು ಶಿಶುಗಳ ಜೀವನದಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಮತ್ತು ಇನ್ನೂ ನಿರ್ಲಕ್ಷಿತ ಹಂತವೆಂದು ವಿವರಿಸುತ್ತದೆ; ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ತಾಯಂದಿರು ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಮಕ್ಕಳ ಸಾವುಗಳು ಸಂಭವಿಸಬಹುದು.

3.9.1 ಪಿಎನ್‌ಸಿಗೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯ ಬಳಕೆ

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಡಿಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ -4 ರ ಪ್ರಕಾರ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಬಳಸುವ ಜನರ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇಕಡ 50.5%. ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು ಶೇಕಡ 68.9ರಷ್ಟು ಬಳಕೆಯೊಂದಿಗೆ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಅಗ್ರಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ, ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 52, ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 42.6, ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 47ರಷ್ಟು ಜನ ಪ್ರಸವಾನಂತರದ ಆರೈಕೆಗಳಿಗಾಗಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಬಳ್ಳಾರಿ ಅತಿ ಕಡಿಮೆ ಬಳಕೆಯ ದರ ಎಂದರೆ ಶೇಕಡ 31.8ರಷ್ಟನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.

3.10 ಯೋಜನೆಗಳು

3.10.1 ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷ ಯೋಜನೆ (ಜಿಎಸ್‌ವೈ)

ಸರ್ಕಾರದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ದೊರೆಯುವ, 100 ಪ್ರತಿಶತ ಕೇಂದ್ರ ಪ್ರಾಯೋಜಿತ ಯೋಜನೆಯಾಗಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಯೋಜನೆಯ ಲಾಭ ರೂ. 700 ಆಗಿದ್ದು, ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ದೊರಕುವ ನಗದು ರೂ. 600 ಆಗಿರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 3.8 ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷ ಯೋಜನೆಯ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	2014-15		2015-16		2016-17	
	ಫಲಾನುಭವಿಗಳು	ಪ್ರತಿಶತ	ಫಲಾನುಭವಿಗಳು	ಫಲಾನುಭವಿಗಳು	ಪ್ರತಿಶತ	ಫಲಾನುಭವಿಗಳು
ಬೆಂಗಳೂರು (ಗ್ರಾಮಾಂತರ)	5691	60	6150	69	6476	74
ಬೆಳಗಾವಿ	22357	32	37567	50	21001	27
ಬಳ್ಳಾರಿ	16931	38	27868	65	17044	37
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	8110	59	8224	60	9197	68
ಹಾವೇರಿ	17608	70	19551	83	14625	63
ಕರ್ನಾಟಕ	411423	47	425711	47	396840	44

ಮೂಲ: ಡಿಹೆಚ್‌ಫ್‌ಡಬ್ಲ್ಯು, ಎಂಒಹೆಚ್‌ಎಫ್‌ಡಬ್ಲ್ಯು, ಜಿಬಕೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಕರ್ನಾಟಕದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾದ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆಗಳಲ್ಲಿ, ಶೇಕಡಾವಾರು ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. 2014-15 ಮತ್ತು 2015-16ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಶೇಕಡ 47 ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಜಿಎಸ್‌ವೈ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. 2016-17ರ ಆರ್ಥಿಕ ವರ್ಷದ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇಕಡ 44 ಕ್ಕೆ ಇಳಿದಿದ್ದು, ಇದರಿಂದ ಶೇಕಡ 3ರಷ್ಟು ಇಳಿಕೆಯಾಗಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಹೆಚ್ಚಳ ಕಂಡುಬಂದಿಲ್ಲ. ವಾಸ್ತವವಾಗಿ, ಇದು ನಿರಂತರವಾಗಿ ವರ್ಷಕ್ಕೆ 3% ರಷ್ಟು ಕುಸಿದಿದೆ. ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ನೋಡಿದಾಗ ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಇದರ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇಕಡ 60 ರಿಂದ ಶೇಕಡ 74ಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿದ್ದು, ಇದು ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದೆ ಎಂದು ಸೂಚಿಸುತ್ತಿದೆ. ಬೆಳಗಾವಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, 2016-17ರಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಶೇಕಡಾವಾರು ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಕುಸಿದಿದೆ. ಪರಿಗಣನೆಯಲ್ಲಿರುವ ಮೂಲ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ (2014-15), ಇದರ ಪ್ರಮಾಣ ಒಟ್ಟು ಶೇಕಡ 32 ರಷ್ಟಿತ್ತು. ಬಳ್ಳಾರಿಯು 2015-16ನೇ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 27 ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ತೋರಿಸಿದೆ ಮತ್ತು 2016-17ನೇ ಸಾಲಿಗೆ ಮತ್ತೆ ಶೇಕಡ 28% ರೊಂದಿಗೆ ಕುಸಿದಿದೆ. ಮೂಲ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿದ್ದ ಶೇಕಡ 59 ರಿಂದ 2016-17ರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 68 ಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿದ ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತದೆ. ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಗಿಂತ ಹಾವೇರಿ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಸತತ ಹಣಕಾಸು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಶೇಕಡ 70 ರಿಂದ ಶೇಕಡ 83 ಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚುವುದರೊಂದಿಗೆ ಸುಧಾರಿಸಿದ್ದರೆ, 2016-17ರಲ್ಲಿ ಇದು 20% ರಷ್ಟು ಕುಸಿದಿದೆ.

3.10.2 ಜನನಿ ಶಿಶು ಸುರಕ್ಷ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ (ಜಿಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ)

ಕೋಷ್ಟಕ 3.9 ಜನನಿ ಶಿಶು ಸುರಕ್ಷ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು (ಶೇಕಡವಾರು)

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	2014-15				2015-16				2016-17			
	ಔಷಧಿ ಮತ್ತು ಬಳಕೆ (ಶೇಕಡವಾರು)	ಉಚಿತ ಆಹಾರ (ಶೇಕಡವಾರು)	ಡಯಾ ಗ್ಲೋಸ್ಪಿಕ್ (ಶೇಕಡವಾರು)	ರಕ್ತ (ಶೇಕಡವಾರು)	ಔಷಧಿ ಮತ್ತು ಬಳಕೆ (ಶೇಕಡವಾರು)	ಉಚಿತ ಆಹಾರ (ಶೇಕಡವಾರು)	ಡಯಾ ಗ್ಲೋಸ್ಪಿಕ್ (ಶೇಕಡವಾರು)	ರಕ್ತ (ಶೇಕಡವಾರು)	ಔಷಧಿ ಮತ್ತು ಬಳಕೆ (ಶೇಕಡವಾರು)	ಉಚಿತ ಆಹಾರ (ಶೇಕಡವಾರು)	ಡಯಾ ಗ್ಲೋಸ್ಪಿಕ್ (ಶೇಕಡವಾರು)	ರಕ್ತ (ಶೇಕಡವಾರು)
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	22	22	18	0	51	48	49	0	50	54	58	0
ಬೆಳಗಾವಿ	56	36	20	2	47	14	16	3	46	19	24	2
ಬಳ್ಳಾರಿ	736	171	26	2	83	44	16	0	56	40	21	4
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	88	85	153	1	98	98	84	1	131	89	216	2
ಹಾವೇರಿ	111	42	84	4	68	44	72	0	90	40	53	0
ಕರ್ನಾಟಕ	88	44	39	3	63	43	39	7	62	50	52	3

ಮೂಲ: ಡಿಹೆಚ್‌ಫ್‌ಡಬ್ಲ್ಯು, ಎಂಒಹೆಚ್‌ಎಫ್‌ಡಬ್ಲ್ಯು, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಜಿಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ತಮ್ಮ ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಯಿತು, ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳುಳ್ಳ ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಪೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಅವರು ಮಾಡಬೇಕಾದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ತಗ್ಗಿಸಲು ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆಗಳಿಂದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಶೇಕಡಾವಾರು ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕದ ಜಿಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು 2014-15ರ ಮೂಲ ವರ್ಷದಿಂದ ಹಂತಹಂತವಾಗಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದ್ದಾರೆ. ನಂತರದ ಹಣಕಾಸು ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಇದು ಶೇಕಡ 25 ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಸ್ಥಿರವಾಗಿದೆ. ಜಿಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಔಷಧಗಳು ಮತ್ತು ಬಳಕೆಯ ವಸ್ತುಗಳ ಸರಬರಾಜನ್ನು ಖಾತರಿಪಡಿಸಿದೆ, ಇದು ಹೆರಿಗೆಯ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಸವಾನಂತರದ ಆರೈಕೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಔಷಧಗಳು ಮತ್ತು ಬಳಕೆಯ ವಸ್ತುಗಳ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿದೆ. ಪಠ್ಯ ಮುಕ್ತ ಆಹಾರವನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವ ಔಷಧಗಳು ಮತ್ತು ಸೇವನೆಯ ವಸ್ತುಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಸೇವೆಗಳು ಜಿಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಬಳಕೆಯಾಗುವ ಸೇವೆಯಾಗಿದೆ. ಉಚಿತ ರಕ್ತ ನೀಡುವ ಸೇವೆ ಕಡಿಮೆ ಬಳಕೆಯಾಗುವ ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಇಳಿಕೆ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಮೊದಲಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಬಳ್ಳಾರಿ ಮತ್ತು ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಗಿಂತ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಇದ್ದರು. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಕಾಲಾನುಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ನೈಜ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಹೆರಿಗೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಕ್ರಮಬದ್ಧಗೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದೆ. ಬಳ್ಳಾರಿಯ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ, ನಿಜವಾದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ನೈಜ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಹೆರಿಗೆಗಳಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇತ್ತು. ಅಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ವಾಸ್ತವ ಹೆರಿಗೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯೊಂದಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೆಯಾಗುವಂತೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ, ರೋಗನಿರ್ಣಯದ (ಡಯಾಗ್ನೋಸ್ಟಿಕ್) ಶೇಕಡಾವಾರು ಪ್ರಮಾಣವು ಸ್ಥಿರವಾಗಿ ಏರಿತು. ಅದೇ ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗನಿರ್ಣಯದಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಇಳಿಕೆ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

3.10.3 ಮಡಿಲು ಕಿಟ್‌ಗಳು

ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ಒಂದು ವಿಶಿಷ್ಟವಾದ ಕಿಟ್ ಆಗಿದ್ದು, ಇದು ಬಟ್ಟೆ, ಸೊಳ್ಳೆ ಪರದೆ, ಸೋಪು ಮುಂತಾದ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಬಡ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿಗೆ ಉಪಯುಕ್ತವಾಗಿರುವ ದಿನಬಳಕೆಯ ಇತರ 19 ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಗೆ ಶೇಕಡ 50 ರಷ್ಟು ಹಣವನ್ನು ಎನ್‌ಹೆಚ್‌ಎಂ ಮತ್ತು ಉಳಿದ ಶೇಕಡ 50 ರಷ್ಟು ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರ ಭರಿಸುತ್ತದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆಗಳು ಮತ್ತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯಿಂದ ಶೇಕಡಾವಾರು ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 3.10 ಮಡಿಲು ಯೋಜನೆಯ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	2014-15		2015-16		2016-17	
	ಫಲಾನುಭವಿಗಳು	ಶೇಕಡವಾರು	ಫಲಾನುಭವಿಗಳು	ಶೇಕಡವಾರು	ಫಲಾನುಭವಿಗಳು	ಶೇಕಡವಾರು
ಬೆಂಗಳೂರು						
ಗ್ರಾಮಾಂತರ	3550	37	3399	38	3484	40
ಬೆಳಗಾವಿ	16109	23	17736	24	17766	23
ಬಳ್ಳಾರಿ	12173	27	16057	38	28398	62
ಬೆಂಗಳೂರು	6062	44	8511	62	7272	54
ಹಾವೇರಿ	12560	50	16606	71	12192	53
ಕರ್ನಾಟಕ	271815	31	334189	37	339365	37

ಮೂಲ: ಡಿಹೆಚ್‌ಫ್‌ಡಬ್ಲ್ಯೂ, ಎಂಒಹೆಚ್‌ಎಫ್‌ಡಬ್ಲ್ಯೂ, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಇಷ್ಟು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ, ಮಡಿಲು ಯೋಜನೆಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಶೇಕಡ 31 ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಇತ್ತು ಮತ್ತು ಕಳೆದ ವರ್ಷ [2016-17] ಗಳಲ್ಲಿ ಇದು ಶೇಕಡ 6 ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಅದರ ಅನುಷ್ಠಾನದ ಕೊನೆಯ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಬದಲಾಗದೆ ಉಳಿದಿದೆ. ಬೆಂಗಳೂರು

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ, ಕಳೆದ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಸತತವಾಗಿ ಶೇಕಡ 37 ರಿಂದ 40 ಕ್ಕೆ ಏರಿಕೆ ಕಂಡಿದೆ. ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಶೇಕಡಾವಾರು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಒಂದೇ ರೀತಿ ಇದೆ. ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಕಳೆದ ಮೂರು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 27 ರಿಂದ 62 ಕ್ಕೆ ಏರಿಕೆ. ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 44ರಷ್ಟು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿದ್ದರು, ಅದು ಮುಂದಿನ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 62 ಕ್ಕೆ ಏರಿತು ಮತ್ತು 2016-17ರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 54 ಕ್ಕೆ ಇಳಿದಿದೆ. ಹಾವೇರಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮತ್ತು ಮಡಿಲು ಕಿಟ್‌ಗಳನ್ನು ಪಡೆದ ಶೇಕಡ 50 ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಈ ಪ್ರವೃತ್ತಿಗಳ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ, ಕೆಲವು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ, ಮತ್ತೆ ಕೆಲವು ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಬೆಳಗಾವಿ ಹೆಚ್ಚು ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ದೊಡ್ಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಬಳಸುತ್ತಿರುವಂತೆ ತೋರುತ್ತಿದೆ, ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ದಂತಹ ಸಣ್ಣ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಸಹ ಇದನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿವೆ ಮತ್ತು ಕೇವಲ ಶೇಕಡ 40ರಷ್ಟು ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಇದು ಮಡಿಲು ಕಿಟ್‌ಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಅಥವಾ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ದಾಖಲೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಜಿಎಸ್‌ವೈ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಶೇಕಡ 47ರಷ್ಟಿದ್ದರೆ, ಮಡಿಲು ಯೋಜನೆಗೆ ಶೇಕಡ 10 ರಷ್ಟು ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಕೊರತೆ ಇದೆ.

3.10.4 ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ

ಇದು ಎಸ್ಸಿ, ಎಸ್ಸಿ ಮತ್ತು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ವಿಭಾಗದ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಸವದ ನಂತರದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಅವರ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶದ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವಾಗಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯ ಮುಖ್ಯ ಗುರಿ ಬಡ ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ತಮ್ಮ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶದ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಅವರ ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ಜನನ ತೂಕದ ಸುಧಾರಣೆಯನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸುವುದು. ಜಿಲ್ಲೆ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಇರುವ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯಿಂದ ಶೇಕಡಾವಾರು ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 3.11 ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆಯ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	2014-15		2015-16		2016-17	
	ಫಲಾನುಭವಿಗಳು	ಶೇಕಡವಾರು	ಫಲಾನುಭವಿಗಳು	ಶೇಕಡವಾರು	ಫಲಾನುಭವಿಗಳು	ಶೇಕಡವಾರು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	5729	60	1129	13	2196	25
ಬೆಳಗಾವಿ	14881	21	1274	2	3272	4
ಬಳ್ಳಾರಿ	10982	25	3883	9	177	0
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	3568	26	371	3	1357	10
ಹಾವೇರಿ	6038	24	0	0	2145	9
ಕರ್ನಾಟಕ	260584	29	45940	5	66587	7

ಮೂಲ: ಡಿಹೆಚ್‌ಫ್‌ಡಬ್ಲ್ಯು, ಎಂಒಹೆಚ್‌ಎಫ್‌ಡಬ್ಲ್ಯು, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿನ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 29 ರಿಂದ ಶೇಕಡ 7 ಕ್ಕೆ ಇಳಿದಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಕಾಲಾನಂತರದಲ್ಲಿ ಅದರ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು ಕ್ಷೀಣಿಸಿವೆ ಮತ್ತು 2017-18ರಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಲಾಯಿತು.

3.11 ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು

ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ನೀಡುಗರಿಗೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಮಾಡಿದ ನೇರ ಪಾವತಿ ಎಂದು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಿಂದಾದ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು (ಒಬಪಿ) ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಪೂರ್ವಪಾವತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ತೆರಿಗೆಗಳು ಅಥವಾ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವಿಮಾ ಕಂತುಗಳು ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ಮಾಡಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಮರುಪಾವತಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಮಾಡುವ ಪಾವತಿಗಳು ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಆಫಾತಕಾರಿ ಖರ್ಚನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಬಹುದು, ಅದು ಅವರನ್ನು ಬಡತನಕ್ಕೆ ತಳ್ಳುತ್ತದೆ. ವಿಕೋಪ/ದುರಂತಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಖರ್ಚು ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದು ಮನೆಯ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಆದಾಯದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಮೀರಿದೆ ಮತ್ತು ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಕುಟುಂಬಗಳು ರೋಗಗಳಿಗಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಖರ್ಚಿನ ಹೊರೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಎಸ್. ಪಾಂಡೆ ಮತ್ತಿತರರು (2018), ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ದೇಶಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಹಣಕಾಸು ನೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಟ್ಟದ ಸ್ವಂತ ಪಾವತಿಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿವೆ ಎಂದು ವಿಮರ್ಶೆ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ಸೂಚಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರವು ಬಡ ಮತ್ತು ದುರ್ಬಲ (ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳು) ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಅಧಿಕೃತ ಪಾವತಿಗಳಿಂದ ವಿನಾಯಿತಿ ನೀಡಿದೆ; ಡಿಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ -4 ಮತ್ತು ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ - 4 ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟ, ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ದೇಶದ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಅಂದಾಜುಗಳನ್ನು ನೀಡಿದೆ. ಇತರ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಭೌಗೋಳಿಕ ಪ್ರದೇಶದ ಮೇಲೆ ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯಗಳ ಹೋಲಿಕೆಯನ್ನು ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಮೊದಲ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 3.12 ವಿವಿಧ ರಾಜ್ಯಗಳ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು

ರಾಜ್ಯಗಳು	ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ 4			ಡಿಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ 4		
	ನಗರ	ಗ್ರಾಮೀಣ	ಒಟ್ಟು	ನಗರ	ಗ್ರಾಮೀಣ	ಒಟ್ಟು
ಆಂಧ್ರ ಪ್ರದೇಶ	2339	2316	2322	3800	3000	3300
ಅರುಣಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ	9630	5028	6473	4800	5900	5600
ಅಸ್ಸಾಂ	5244	3646	3821			
ಬಿಹಾರ	1835	1778	1784			
ಛತ್ತಿಸ್ ಗಢ್	2157	1310	1480	2860	2930	2330
ಗೋವಾ	4372	6017	5012	2260	8210	3770
ಗುಜರಾತ್	2331	2020	2136			
ಹರಿಯಾಣ	2371	1160	1569	1560	1470	1480
ಹಿಮಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ	3985	3262	3329	4700	4600	4600
ಜಮ್ಮು ಮತ್ತು ಕಾಶ್ಮೀರ್	4436	4104	4192			
ಜಾರ್ಖಂಡ್	1889	1391	1476			

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಕರ್ನಾಟಕ	5994	4210	4824	3390	3000	3130
ಕೇರಳ	6848	6944	6901	5500	5100	5300
ಮಧ್ಯ ಪ್ರದೇಶ	1841	1352	1481			
ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ	3331	3758	3578	2240	1580	1840
ಮಣಿಪುರ	11007	9886	10348	10580	9730	10080
ಮೇಘಾಲಯ	2915	3408	3319	2500	3900	3700
ಮಿಜೋರಾಂ	5019	3274	4298	2900	2900	2900
ನಾಗಲ್ಯಾಂಡ್	6448	5492	5880	4500	5000	4800
ಒಡಿಶ್ವಾ	4900	4126	4226			
ಪಂಜಾಬ್	1576	2043	1890	2900	3100	3100
ರಾಜಾಸ್ಥಾನ್	3387	2969	3052			
ಸಿಕ್ಕಿಂ	4032	3975	3993	5900	7400	7200
ತಮಿಳುನಾಡು	2556	2649	2609	2200	2200	2200
ತೆಲಂಗಾಣ	4121	4289	4218	4200	3200	3600
ತ್ರಿಪುರ	5449	4571	4784	5900	4300	4600
ಉತ್ತರಾಚಲ	2617	2619	2618			
ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ	2419	1879	1956			
ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳ	9022	7504	7919	3900	3100	3300
ಭಾರತ	3,913	2,946	3,197			

ಮೂಲ: ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ 4 ಡಿಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ 4ರ ವರದಿ

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕ 6 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಪ್ರಥಮ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಮಣಿಪುರ ಆಕ್ರಮಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ ಮತ್ತು ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳ, ಕೇರಳ, ಅರುಣಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ, ನಾಗಾಲ್ಯಾಂಡ್ ಮತ್ತು ಗೋವಾ ನಂತರದ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ - 4 ವರದಿಯ ಪ್ರಕಾರ, ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಆಗುವ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ 4,824, ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗಾಗಿ 22,882 ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸೌಲಭ್ಯಕ್ಕೆ 11,630 ಸರಾಸರಿ ಖರ್ಚಾಗುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 3.13 ವಿವಿಧ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಪಾಕೆಟ್ ಖರ್ಚು

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ -4			ಶ್ರೇಣಿ	ಡಿಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ -4	
	ನಗರ	ಗ್ರಾಮೀಣ	ಒಟ್ಟು		ಗ್ರಾಮೀಣ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು	9933		9933	1	6650	5410
ಶಿವಮೊಗ್ಗ	10962	7789	8515	2	4780	4680
ಶುಮಕೂರು		6239	6011	3	3390	3250
ಕೊಡಗು		6111	5980	4	3330	3220
ಬೀದರ್		5586	5689	5	1730	1590
ಬೆಂಗಳೂರು (ಗ್ರಾಮಾಂತರ)	5587		5600	6	6160	5590
ಮೈಸೂರು	4785	5095	4981	7	3200	3300
ಚಿತ್ರದುರ್ಗ		4937	4826	8	1810	3220
ಚಿಕ್ಕಬಳ್ಳಾಪುರ		4779	4722	9	4410	4340
ಕೋಲಾರ	4589	4560	4569	10	3170	3390

ಬೆಳಗಾವಿ		4998	4521	11	1400	1500
ಹಾಸನ		4720	4493	12	3890	4020
ಬಳ್ಳಾರಿ	4,598	4,322	4,413	13	3690	3850
ಉಡುಪಿ		4289	4405	14	1900	3800
ಧಾರವಾಡ	3628	4490	4058	15	2120	2270
ಗದಗ	3674	4148	3994	16	2600	2490
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು		4036	3920	17	5670	5920
ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ		4171	3741	18	2910	3150
ಚಾಮರಾಜನಗರ		3659	3626	19	2330	3060
ಉತ್ತರ ಕನ್ನಡ		2958	3500	20	3840	3580
ಮಂಡ್ಯ		2920	3051	21	2010	2310
ದಾವಣಗೆರೆ	1621	3499	2988	22	2680	2910
ವಿಜಯಪುರ		2841	2914	23	1800	1800
ಹಾವೇರಿ		3019	2886	24	4020	3700
ರಾಮನಗರ		2189	2420	25	5360	5340
ರಾಯಚೂರು		2710	2397	26	1820	2180
ಕೊಪ್ಪಳ		2286	2345	27	2160	2710
ಬಾಗಲಕೋಟೆ	3642	1,751	2249	28	1500	1600
ಕಲ್ಬುರ್ಗಿ	1387	2526	2134	29	1700	1700
ಯಾದಗಿರಿ		2034	1966	30	2980	3120
ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	5994	4210	4824		3000	3130

ಮೂಲ: ಎನ್‌ಎಫ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ 4 ಡಿಎಲ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ 4ರ ಜಿಲ್ಲಾ ದತ್ತಾಂಶ ವಿವರಗಳು.

ಕರ್ನಾಟಕದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ, ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಖರ್ಚುಗಳಲ್ಲಿ ಬೆಂಗಳೂರು ಸರಾಸರಿ 9933 ರೊಂದಿಗೆ ಮೊದಲ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ ಮತ್ತು 1966 ರ ಸರಾಸರಿಯೊಂದಿಗೆ ಯಾದಗಿರಿ ಅತ್ಯಂತ ಕೊನೆಯ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಸಮೀಕ್ಷೆ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರವು 5600 ರ ಸರಾಸರಿಯೊಂದಿಗೆ 6 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ, ಬೆಳಗಾವಿ 4521 ರ ಸರಾಸರಿಯೊಂದಿಗೆ 11 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ, ಬಳ್ಳಾರಿ ಸರಾಸರಿ 4,413 ರೊಂದಿಗೆ 13 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ, ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು ಸರಾಸರಿ 3920 ರೊಂದಿಗೆ 17 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಹಾವೇರಿ ಸರಾಸರಿ 2886 ರೊಂದಿಗೆ 24 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಡಿಎಲ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್-4 ಮತ್ತು ಎನ್‌ಎಫ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ -4 ವರದಿಗಳಲ್ಲಿರುವ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ನಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸವು ಮೂಲತಃ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ವರ್ಷಗಳ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿದೆ. ಡಿಎಲ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ -4 ನ್ನು 2015-16ರಲ್ಲಿ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಲಾಗಿದ್ದು, 2011-12ರಲ್ಲಿ. ಎನ್‌ಎಫ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್-4 ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಮೂಲಭೂತವಾಗಿ, 4 ವರ್ಷಗಳ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ವ್ಯತ್ಯಾಸವು ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಸೀಮಿತವಾಗಿದ್ದು, ಇತರ ಯಾವುದೇ ಘಟಕಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿಲ್ಲ. ಇದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿನ ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕುಟುಂಬ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆ (ಎನ್‌ಎಫ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್) ವಿಶ್ವದ ಅನೇಕ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಸಿದ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಸಮಾನವಾಗಿದೆ. ಎನ್‌ಎಫ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ ನ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆಯನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸಚಿವಾಲಯವು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಮುಂಬೈನ ಇಂಟರ್ನ್ಯಾಷನಲ್ ಇನ್ಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್ ಫಾರ್ ಪಾಪ್ಯುಲೇಶನ್ ಸೈನ್ಸ್ (ಐಐಪಿಎಸ್) ನ ಸಹಯೋಗದೊಂದಿಗೆ ಹಾಗೂ ಓಆರ್‌ಸಿ ಮ್ಯಾಕ್ರೋ ಮತ್ತು ಇತರ ಏಜೆನ್ಸಿಗಳ ಬೆಂಬಲದೊಂದಿಗೆ ನೋಡಲ್ ಏಜೆನ್ಸಿಯಾಗಿ, ಸಂಯೋಜಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ತಾಯಿಯ, ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ನೀಡುವುದು ಎನ್‌ಎಫ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಎನ್‌ಎಫ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಮೂರು ಸುತ್ತುಗಳನ್ನು 1992-1993, 1998-1999 ಮತ್ತು 2005-2006ರಲ್ಲಿ ಮತ್ತು 2015-16ರಲ್ಲಿ ನಾಲ್ಕನೇ ಸುತ್ತುನ್ನು ನಡೆಸಲಾಯಿತು. ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಕುರಿತು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಮಾಹಿತಿಯ ಅಗತ್ಯಕ್ಕೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಗೃಹ ಸಮೀಕ್ಷೆಯನ್ನು (ಡಿಎಲ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್) ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಯಿತು. ಡಿಎಲ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್‌ಅನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸಚಿವಾಲಯದ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆಯೊಂದಿಗೆ ಇಂಟರ್ನ್ಯಾಷನಲ್ ಇನ್‌ಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್ ಫಾರ್ ಪಾಪ್ಯುಲೇಶನ್ ಸೈನ್ಸ್ ನಡೆಸುತ್ತದೆ. ಡಿಎಲ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ ನಾಲ್ಕು ಸುತ್ತುಗಳನ್ನು ಈವರೆಗೆ 1998-1999, 2002-2004, 2007-2008 ಮತ್ತು 2012-2014 ರಲ್ಲಿ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ (ದಾಂಡೋನಾ, ಪಾಂಡೆ, ಮತ್ತು ದಾಂಡೋನಾ, 2016). ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹಣೆಯ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿರುವ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ನಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು.

ಸಮೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಿದ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸೇವೆಗಳ ದರಗಳಲ್ಲಿನ ಏರಿಳಿತಗಳ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮೂಲತಃ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ. ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ, ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು, ಮತ್ತು ಹಾವೇರಿಯಂತಹ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸಲು ಎನ್‌ಎಫ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್-4 ಅಂದಾಜಿಸಿರುವ ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಆಗುವ ಖರ್ಚು ಡಿಎಲ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ - 4 ಮಾಡಿರುವ ಅಂದಾಜಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಮತ್ತು ಬೆಳಗಾವಿಯಂತಹ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ, ಎನ್‌ಎಫ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ -4 ನೇ ಹಂತದ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳು ಅಂದಾಜುಗಳು ಡಿಎಲ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್- 4 ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಈ ವ್ಯತ್ಯಾಸವು ಎನ್‌ಎಫ್‌ಎಚ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ 4 ರಲ್ಲಿ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾದ ಮಾದರಿ ಆಯ್ಕೆಗಳಿಂದಾಗಿರಬಹುದು. ಈ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಎನ್‌ಎಫ್‌ಎಚ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ 568 200 ಮನೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ, ಆದರೆ ಡಿಎಲ್‌ಎಚ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್- 4 ಕರ್ನಾಟಕದ 350 00 ಮನೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಡಿಎಲ್‌ಎಚ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್- 4 ಸಮೀಕ್ಷೆಯು 47,200 ಮನೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಮತ್ತು 44,028 ವಿವಾಹಿತ ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು 2,155 ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಎನ್‌ಎಫ್‌ಎಚ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ -4 ಸಮೀಕ್ಷೆಯು 23,842 ಮನೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ, ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕದಾದ್ಯಂತ 26,291 ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಈ ಮಾದರಿಗಳು ಆಯ್ಕೆಗಳು ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಮತ್ತು ಬಳಸಿದ ಮಾದರಿ ಆಯ್ಕೆ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಬದಲಾಗುತ್ತವೆ.

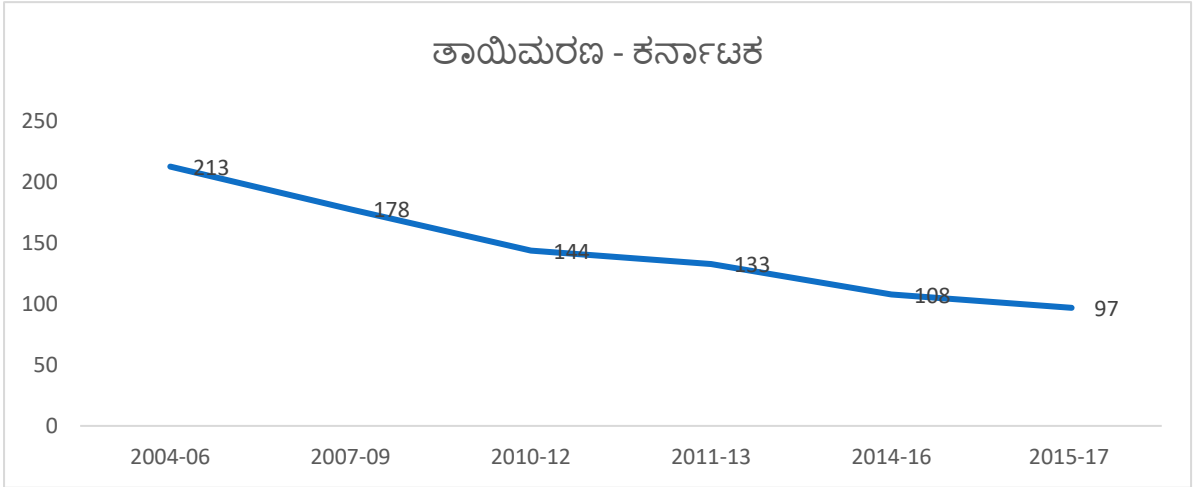
3.12 ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾಧನೆ.

ಕಳೆದ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ದರವು ಶೇಕಡ 15.67ರಷ್ಟು ಆಗಿತ್ತು. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ದರ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಶೇಕಡ 6.49 ರಷ್ಟು ಮತ್ತು 27.16% ಆಗಿತ್ತು. 2001 ರ ಜನಗಣತಿಯಲ್ಲಿ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಹೆಚ್ಚಳ ಶೇಕಡಾ 17.51 ರಷ್ಟು ದಾಖಲಾಗಿತ್ತು ಆದರೆ ಪ್ರಸ್ತುತ ಇದು ಶೇಕಡಾ 1.91 ರಷ್ಟು ಕುಸಿದಿದೆ. ನಗರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಶೇಕಡಾ 31.54 ರಷ್ಟು ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ದರವನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿದೆ, ಇದು 2001 ರ ಜನಗಣತಿಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾದ ಶೇಕಡಾ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ದರ 29.15 ಕ್ಕಿಂತ ಸ್ವಲ್ಪ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ, ಇದು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ನಗರೀಕರಣ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಸಾಕ್ಷರತಾ ದರದಲ್ಲಿ 11.21 ಶೇಕಡಾದಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿದ್ದು, ಪುರುಷರ ಸಾಕ್ಷರತೆಯ ದರದಲ್ಲಿನ ಹೆಚ್ಚಳವು 6.37 ಶೇಕಡಾಗಳಷ್ಟಿದೆ. ದು ಪುರುಷ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ನಡುವಿನ ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿನ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಿರುವ ಅಂತರವನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಲಿಂಗ ಅನುಪಾತವು 2001 ರಲ್ಲಿ 977 ರಿಂದ 2011 ರಲ್ಲಿ 979 ಕ್ಕೆ ಏರಿತು. ನಗರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ, ಲಿಂಗ ಅನುಪಾತವು 21 ಸಂಖ್ಯೆಗಳಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಳವನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿದೆ, 2001 ರಲ್ಲಿ 942 ರಿಂದ 2011 ರಲ್ಲಿ 963 ಕ್ಕೆ ಏರಿತು. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ವಿಧಾನವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ 58.2% ವಿವಾಹಿತ ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭನಿರೋಧಕಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ್ದಾರೆ. ಇವರಲ್ಲಿ 56.1% ಸ್ತ್ರೀಯರು ಸಂತಾನಹರಣ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ್ದಾರೆ.

ಶಾಲಾ ಶಿಕ್ಷಣವಿಲ್ಲದ ವಿವಾಹಿತ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಮೂರನೇ ಎರಡರಷ್ಟು (65%) ಸ್ತ್ರೀಯರು ಸಂತಾನಹರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಎಂದು ಸಮೀಕ್ಷೆಯು ಹೇಳಿದೆ.

ಕಳೆದ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಹೊಸ ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯವು ಬೆಳೆದಿದೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳೊಂದಿಗೆ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಶಿಶುವೈದ್ಯ, ಸ್ತ್ರೀರೋಗತಜ್ಞ ಮತ್ತು ಅರಿವಳಿಕೆ ತಜ್ಞರಂತಹ ಮೂರು ಮುಖ್ಯ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರನ್ನು ನಿಯೋಜಿಸಲು ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಬೇಕು ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೈಕೆಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಚಿತ್ರ 3.13 ತಾಯಿಮರಣ - ಕರ್ನಾಟಕ



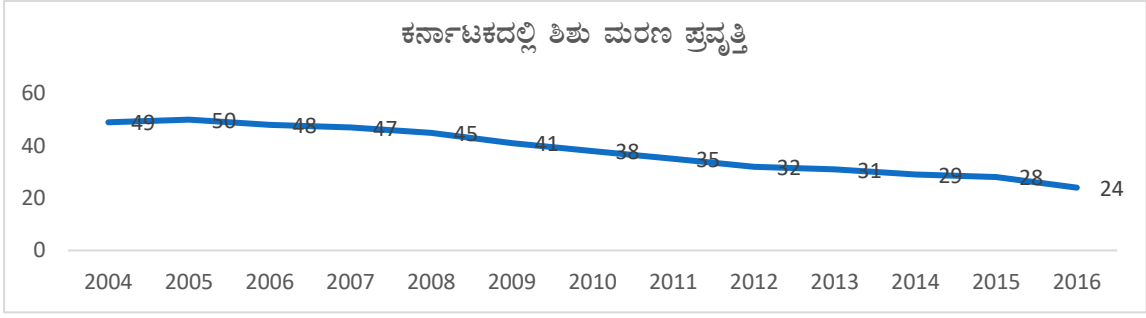
ಮೂಲ: ಭಾರತದಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಮರಣದ ಕುರಿತು ಎಸ್‌ಆರ್‌ಎಸ್ ವಿಶೇಷ ಬುಲೆಟಿನ್

2004- 06ರಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕದ ತಾಯಿ ಮರಣ 213 ಆಗಿದ್ದು, ಇದು 2015-17ರಲ್ಲಿ 97 ಕ್ಕೆ ಇಳಿದಿದೆ, ಒಟ್ಟಾರೆ ಶೇಕಡ 54.46 ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಕೇರಳ, ತಮಿಳುನಾಡು, ತೆಲಂಗಾಣ ಮತ್ತು ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಕರ್ನಾಟಕ ಹಿಂದಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕವು 2004 ರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 49 ರ ಶಿಶು ಮರಣ ಅನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ಅದು 2016 ರಲ್ಲಿ 24 ಕ್ಕೆ ಇಳಿದಿದೆ. 13 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಶೇಕಡ 48.5 ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಶಿಶುಮರಣ ಮತ್ತು ತಾಯಿಮರಣ ದಲ್ಲಿ ಈ ಇಳಿಕೆ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು, ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ತುರ್ತುಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸಲು ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಲ್ಲಿರುವ ಸುಧಾರಿತ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಮತ್ತು ತಾಲ್ಲೂಕು ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರುವ ಶಿಶು ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲುರುವ ವಿಶೇಷ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿರಬಹುದು.

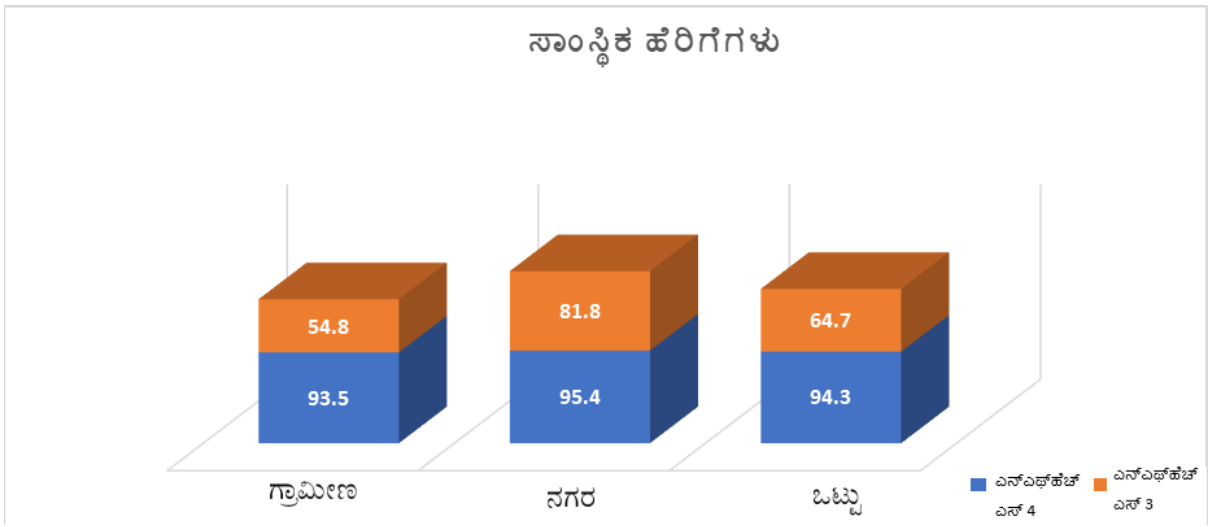
ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಚಿತ್ರ 3.14 ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರವೃತ್ತಿ



ಮೂಲ: ಮಾದರಿ ನೋಂದಣಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ (ಎಸ್‌ಆರ್‌ಎಸ್) ಬುಲೆಟಿನ್‌ಗಳ

ಚಿತ್ರ 3.15 ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು



ಮೂಲ: ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ (ಎನ್‌ಹೆಚ್‌ಎಂ) ದಡಿಯಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರವು ಕೈಗೊಂಡ ಪ್ರಮುಖ ಕ್ರಮಗಳ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಬಾಹ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಫಲಿಸುವ ಹೆರಿಗೆಯ ಶೇಕಡಾವಾರು ಪ್ರಮಾಣವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವ ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಿಣಿಯರಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಮತ್ತು ಪ್ರಸವಾನಂತರದ ತಪಾಸಣೆಗಳನ್ನು ಖಾತರಿಪಡಿಸುವುದನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಷರತ್ತುಬದ್ಧ ನಗದು ವರ್ಗಾವಣೆ ಯೋಜನೆ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷ ಯೋಜನೆಯೂ ಸೇರಿವೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಸಮಗ್ರ ತುರ್ತು ಪ್ರಸೂತಿ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಆರೈಕೆ (ಸಿಇಎಂಒಎನ್‌ಸಿ) ಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವುದನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಹೆರಿಗೆಗಳು ನಡೆಯುವ ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಆರೈಕೆ ಕಾರ್ನರ್ (ಎನ್‌ಬಿಸಿಸಿ) ಸ್ಥಾಪಿಸುವ ಮೂಲಕ ಸೌಲಭ್ಯ ಆಧಾರಿತ ಹೊಸ ಜನನ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವುದು; ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷ ಹೊಸ ಜನನ ಆರೈಕೆ ಘಟಕಗಳು (ಎಸ್‌ಎನ್‌ಸಿಯುಗಳು) ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯಕರ ಶಿಶುವಿನ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಮೊದಲ ರೆಫರಲ್ ಘಟಕ (ಎಫ್ ಆರ್ ಯು) ಗಳಲ್ಲಿ ನವಜಾತ ಶಿಶು ಜನನ ಸ್ಥಿರೀಕರಣ ಘಟಕಗಳನ್ನು (ಎನ್‌ಬಿಎಸ್‌ಯು) ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಘಟಕಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು. ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆಯ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಗಾಗಿ ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯದಂತಹ ವಿಶೇಷ

ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳೂ ಇದ್ದವು. ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಪ್ಲಸ್ ಮೂಲಕ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆಯುವ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕುಟುಂಬದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ನೀಡುಗರಿಗೆ ಮೂಲಭೂತ ಮತ್ತು ಸಮಗ್ರ ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ, ಜನನದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನುರಿತ ಸಹಾಯ, ನವಜಾತ ಶಿಶು ಮತ್ತು ಬಾಲ್ಯದ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸಮಗ್ರ ನಿರ್ವಹಣೆ (ಐಎಂಎನ್‌ಸಿಐ) ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶು ಸುರಕ್ಷ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ (ಎನ್‌ಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ), ಸೌಲಭ್ಯ ಮತ್ತು ಗೃಹಾಧಾರಿತ ನವಜಾತ ಜನನಗಳ ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮೂಲಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸಮುದಾಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕ ಶಿಕ್ಷಣ ಸೇರಿದಂತೆ ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸಲು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶ ದಿನಗಳಂತಹ (ವಿಎಚ್‌ಎನ್‌ಡಿ) ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗೆ ತರಬೇತಿ ನೀಡುವುದು, ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಅವರಿಗೆ ಜ್ಞಾನವನ್ನು / ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಮತ್ತು ತುರ್ತು ವರ್ಗಾವಣೆಯ ಸಾರಿಗೆಯ ಲಭ್ಯತೆಯು ತಾಯಂದಿರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಉನ್ನತ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ತ್ವರಿತವಾಗಿ ವರ್ಗಾಯಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಿದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ - 4 ಶೋಧನೆಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ವಿಮರ್ಶೆ

4.1 ಫಲಾನುಭವಿ ವಿವರ.

4.1.1 ವಯಸ್ಸು

ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸರಾಸರಿ ವಯಸ್ಸು 23.53 ವರ್ಷಗಳು ಅಥವಾ ಸರಾಸರಿ ವಯಸ್ಸು 23 ಆಗಿದೆ. ಹೆರಿಗೆಯಾದಾಗ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹಿಳೆಯರು 22 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನವರಾಗಿದ್ದರು. ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ವಯಸ್ಸು ಕನಿಷ್ಠ 16 ರಿಂದ ಗರಿಷ್ಠ 52 ವರ್ಷದ ನಡುವೆ ಇದೆ. ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರಲ್ಲಿ 2% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು 18 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನವರು ಮತ್ತು ಅವರಲ್ಲಿ ಕೇವಲ 2 ಮಂದಿ 18 ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನವರು. ಒಟ್ಟು 17% ಮಹಿಳೆಯರು 19-20 ವಯಸ್ಸಿನವರು. ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಅಂದರೆ ಸುಮಾರು 57.70% ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು 21-25 ವಯಸ್ಸಿನವರು, ಇನ್ನುಳಿದ 20.5% ಜನರು 26-30 ವಯಸ್ಸಿನವರು. ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರಲ್ಲಿ 2.4% ರಷ್ಟು 31-35 ವಯಸ್ಸಿನವರು ಮತ್ತು ಉಳಿದ 0.4% ರಷ್ಟು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಾದಾರರು 36 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟವರಾಗಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.1 ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ್ಯಂತ ವಯಸ್ಸುವಾರು ಗುಂಪುಗಳು

ವಯಸ್ಸಿನ ಗುಂಪು	ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	ಬೆಳಗಾವಿ	ಬಳ್ಳಾರಿ	ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	ಹಾವೇರಿ	ಒಟ್ಟು
<18	8	23	4	7	0	42
ಶೇಕಡವಾರು	2.70	3.20	1.00	2.50	0.00	2.00
19-20	77	136	63	29	53	358
ಶೇಕಡವಾರು	26.30	19.00	15.80	10.30	12.80	17.00
21-25	161	401	231	135	286	1214
ಶೇಕಡವಾರು	54.90	56.00	57.90	48.00	69.10	57.70
26-30	44	134	88	98	67	431
ಶೇಕಡವಾರು	15.00	18.70	22.10	34.90	16.20	20.50
31-35	2	18	13	11	7	51
ಶೇಕಡವಾರು	0.70	2.50	3.30	3.90	1.70	2.40
36-40	1	2	0	0	1	4
ಶೇಕಡವಾರು	0.30	0.30	0.00	0.00	0.20	0.20
41-45	0	0	0	1	0	1
ಶೇಕಡವಾರು	0.00	0.00	0.00	0.40	0.00	0.00
>46	0	2	0	0	0	2
ಶೇಕಡವಾರು	0.00	0.30	0.00	0.00	0.00	0.10
ಒಟ್ಟು	293	716	399	281	414	2103
ಶೇಕಡವಾರು	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

4.1.2 ಧರ್ಮ

ಒಟ್ಟು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆದಾರರಲ್ಲಿ 81.23% ಹಿಂದೂಗಳು, 17.63% ಮುಸ್ಲಿಮರು, ಸರಿಸುಮಾರು 0.5% ಜೈನರು ಮತ್ತು 0.5% ರಷ್ಠು ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ನರಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.2 ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಧರ್ಮ.

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್	ಹಿಂದು	ಜೈನ	ಮುಸ್ಲಿಂ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	1	2	207	0	84	294
ಶೇಕಡವಾರು	100.00	18.20	12.10	0.00	22.60	14.00
ಬೆಳಗಾವಿ	0	4	617	12	83	716
ಶೇಕಡವಾರು	0.00	36.40	36.10	100.00	22.40	34.00
ಬಳ್ಳಾರಿ	0	2	363	0	34	399
ಶೇಕಡವಾರು	0.00	18.20	21.20	0.00	9.20	19.00
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	0	2	211	0	68	281
ಶೇಕಡವಾರು	0.00	18.20	12.30	0.00	18.30	13.40
ಹಾವೇರಿ	0	1	311	0	102	414
ಶೇಕಡವಾರು	0.00	9.10	18.20	0.00	27.50	19.70
ಒಟ್ಟು	1	11	1709	12	371	2104
ಶೇಕಡವಾರು	0.05	0.52	81.23	0.57	17.63	100.00

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

4.1.3 ಜಾತಿ

ಕೋಷ್ಟಕ 4.3 ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಜಾತಿ ಎಸ್‌ಸಿ ಎಸ್‌ಟಿ ಒಟ್ಟು

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಓಬಿಸಿ ಮತ್ತು ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯಾತರು	ಎಸ್‌ಸಿ	ಎಸ್‌ಟಿ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	1	235	47	11	294
ಶೇಕಡವಾರು	0.30	79.90	16.00	3.70	100.00
ಬೆಳಗಾವಿ	0	539	147	30	716
ಶೇಕಡವಾರು	0.00	75.30	20.50	4.20	100.00
ಬಳ್ಳಾರಿ	1	202	149	47	399
ಶೇಕಡವಾರು	0.30	50.60	37.30	11.80	100.00
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	0	177	85	19	281
ಶೇಕಡವಾರು	0.00	63.00	30.20	6.80	100.00
ಹಾವೇರಿ	1	287	68	58	414
ಶೇಕಡವಾರು	0.20	69.30	16.40	14.00	100.00
ಒಟ್ಟು	3	1440	496	165	2104
ಶೇಕಡವಾರು	0.10	68.40	23.60	7.80	100.00

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 68.44% ಜನರು ಇತರ ಹಿಂದುಳಿದ ವರ್ಗ ಮತ್ತು ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯಾತ ವರ್ಗಗಳಿಗೆ ಸೇರಿದವರಾಗಿದ್ದರೆ, 23.60% ಜನರು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಮತ್ತು 7.80% ಜನರು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ್ಯಂತ ಒಬಿಸಿ

ಮತ್ತು ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯಾತರ ಪ್ರಮಾಣವು 50.80% ರಷ್ಟಿತ್ತು. ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿಗಳು 37.3% ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿದ್ದರೆ, ಜಿಲ್ಲೆಯಾದ್ಯಂತ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರು 4.14% ರಷ್ಟು ಇದ್ದರು.

4.1.4 ಶಿಕ್ಷಣ

ಒಟ್ಟಾರೆ 8.2% ರಷ್ಟು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಾದಾರರು ಯಾವುದೇ ಶಾಲಾ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ, 15.5% ರಷ್ಟು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಾದಾರರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಶಾಲೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು, ಕನಿಷ್ಠ 5 ವರ್ಷಗಳ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಅದೇ ಪ್ರಮಾಣದ ಮಹಿಳೆಯರು 7 ನೇ ತರಗತಿಯವರೆಗೆ ಅಥವಾ ಕನಿಷ್ಠ 7 ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. 22.07% ಮಹಿಳೆಯರು ಪ್ರೌಢ ಶಾಲಾ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಪ್ರವೇಶಿಸಿದ್ದಾರೆ ಅಥವಾ ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಪಿಯುಸಿ ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ ಮಹಿಳೆಯರ ಶೇಕಡಾವಾರು ಪ್ರಮಾಣವು 12.3%ಗಳಾಗಿದ್ದು, 2.10% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ತಮ್ಮ ಪದವಿಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ್ದಾರೆ, ಅವರಲ್ಲಿ ಕೇವಲ 0.4% ಶೇಕಡಾ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಮಾತ್ರ ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ಪದವಿ ಪೂರೈಸಿದ್ದಾರೆ. ಜನಸಂಖ್ಯಾ ವಿಭಾಗದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ದತ್ತಾಂಶ ಇಲ್ಲದ ಕಾರಣ 23.2% ರಷ್ಟು ಜನರ ಶಿಕ್ಷಣದ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.4 ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಶಿಕ್ಷಣ.

ಶಿಕ್ಷಣ		<18	19-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	>46	ಒಟ್ಟು
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ		8	72	304	99	4	1	0	0	488
	%	19.00	20.10	25.00	23.00	7.80	25.00	0.00	0.00	23.20
ಶಾಲೆಗೆ ಹೋಗಿಲ್ಲ		2	22	84	58	7	0	0	0	173
	%	4.80	6.10	7.00	13.40	13.80	0.00	0.00	0.00	8.20
ಪ್ರಾಥಮಿಕ		5	53	188	64	13	0	0	2	325
	%	11.90	14.80	15.50	14.80	25.50	0.00	0.00	100.00	15.50
ಹಿರಿಯ ಪ್ರಾಥಮಿಕ		7	56	199	56	4	2	1	0	325
	%	16.70	15.60	16.40	13.00	7.80	50.00	100.00	0.00	15.50
ಪ್ರೌಢ		15	104	260	87	10	1	0	0	477
	%	35.70	29.10	21.40	20.20	19.60	25.00	0.00	0.00	22.70
ಪಿಯುಸಿ/ಡಿಪ್ಲೋಮಾ		5	44	145	55	10	0	0	0	259
	%	11.90	12.30	11.90	12.80	19.60	0.00	0.00	0.00	12.30
ಪದವಿ		0	6	27	9	2	0	0	0	44
	%	0.00	1.70	2.20	2.10	3.90	0.00	0.00	0.00	2.10
ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ		0	0	5	3	0	0	0	0	8
	%	0.00	0.00	0.40	0.70	0.00	0.00	0.00	0.00	0.40
ಇತರೆ		0	1	2	0	1	0	0	0	4
	%	0.00	0.30	0.20	0.00	2.00	0.00	0.00	0.00	0.20
ಒಟ್ಟು		42	358	1214	431	51	4	1	2	2103
	%	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

4.1.5 ಉದ್ಯೋಗ

ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 62% ಗೃಹಿಣಿಯರು ಮತ್ತು 2% ಮಹಿಳೆಯರು ಸಣ್ಣಪುಟ್ಟ ವ್ಯಾಪಾರ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇನ್ನೂ 2% ಮಹಿಳೆಯರು ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ಅವರಲ್ಲಿ 0.4% ಸರ್ಕಾರಿ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ಸುಮಾರು 10.6% ಮಹಿಳೆಯರು ದೈನಂದಿನ ಕೂಲಿ ಕಾರ್ಮಿಕರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಇತರೆ ಆಯ್ಕೆಗಳನ್ನು ಹೆಸರಿಸಿರುವ 2.2% ರಷ್ಟು ಜನರು ಕೂಲಿಗಳಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಜನಸಂಖ್ಯಾ ವಿಭಾಗದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ದತ್ತಾಂಶ ಇಲ್ಲವಾದ ಕಾರಣ ಸುಮಾರು 23.2% ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಉದ್ಯೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿ ದೊರೆತಿಲ್ಲ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.5 ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ವೃತ್ತಿ

ವೃತ್ತಿ	ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	ಬೆಳಗಾವಿ	ಬಳ್ಳಾರಿ	ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	ಹಾವೇರಿ	ಒಟ್ಟು
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	80	132	80	53	143	488
ಶೇಕಡವಾರು	27.2	18.4	20.1	18.9	34.5	23.2
ವ್ಯಾಪಾರ	20	4	8	5	2	39
ಶೇಕಡವಾರು	6.8	.6	2.0	1.8	.5	1.9
ದಿನಗೂಲಿ	25	16	29	12	94	176
ಶೇಕಡವಾರು	8.5	2.2	7.3	4.3	22.7	8.4
ಸರ್ಕಾರಿ	1	3	2	2	1	9
ಶೇಕಡವಾರು	.3	.4	.5	.7	.2	.4
ಗೃಹಿಣಿ	144	543	236	208	174	1305
ಶೇಕಡವಾರು	49.0	75.8	59.1	74.0	42.0	62.0
ಇತರೆ	0	5	42	0	0	47
ಶೇಕಡವಾರು	0.0	.7	10.5	0.0	0.0	2.2
ಖಾಸಗಿ	24	13	2	1	0	40
ಶೇಕಡವಾರು	8.2	1.8	.5	.4	0.0	1.9
ಒಟ್ಟು	294	716	399	281	414	2104
ಶೇಕಡವಾರು	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

4.1.6 ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿ

ಜನರ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲು, ಮನೆಯ ಒಡೆತನದಲ್ಲಿರುವ ಮುಖ್ಯ ಘಟಕಗಳ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಸಂಪತ್ತಿನ ಸೂಚಕ ಅಂಶಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಲಾಯಿತು. ಮನೆಯ ಪ್ರಕಾರ, ಮನೆಯ ಮಾಲೀಕತ್ವ, ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ಲಭ್ಯತೆಯ ಪ್ರಕಾರ, ಅನಿಲ, ವಿದ್ಯುತ್, ಫ್ಯಾನ್, ಸೇರಿದಂತೆ ಮನೆ ಹೊಂದಿರುವ ಆಸ್ತಿಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಸಂಪತ್ತು

ಸೂಚ್ಯಂಕ ಅಂಕಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ರೆಪ್ಲಿಜರೇಟರ್, ಪೀಠೋಪಕರಣಗಳು, ಟೆಲಿವಿಷನ್, ರೇಡಿಯೋ, ಮೊಬೈಲ್, ಇಂಟರ್ನೆಟ್, ಹೊಲಿಗೆ ಯಂತ್ರ, ಬೈಸಿಕಲ್, ಮೋಟಾರ್‌ಸೈಕಲ್, ಕಾರು, ಹಸು, ಟ್ರಾಕ್ಟರ್ ಮತ್ತು ಶೌಚಾಲಯಗಳು (ಒಟ್ಟು 19 ಆಸ್ತಿಗಳು) ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ಅಂಕ ಆಧರಿಸಿ 4 ಕ್ವಾಟೈಲ್‌ಗಳಾಗಿ ವರ್ಗೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ವಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹವಲ್ಲದ ಆದಾಯ ಮತ್ತು ಖರ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಯ ಕಾರಣ ಸಂಪತ್ತಿನ ಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಗಿದೆ. ಮೊದಲ ವರ್ಗದ ಜನರು ಕಡಿಮೆ ಆಸ್ತಿ ಹೊಂದಿದ್ದರು ಮತ್ತು ಮೂಲ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು. ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ 7.3% ರಷ್ಟು ಕೆಳ ಹಂತದಲ್ಲಿದ್ದು, ಅವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಎಂದರೆ 55.3% ರಷ್ಟು ಜನರು ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಇನ್ನೂ 29% ಜನರು ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ನೆಲೆಸಿದ್ದಾರೆ. 1 ನೇ ಕ್ವಾಟೈಲ್‌ಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ 37.4% ಜನರು ಎರಡನೇ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿದ್ದರೆ, 48.2% ಜನರು 3 ನೇ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು 7.1% ರಷ್ಟು ಜನರು ನಾಲ್ಕನೇ ಹಂತದಲ್ಲಿದ್ದು, ಮೊದಲನೇ ವರ್ಗಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆಸ್ತಿ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿ (ಆವರಣಕ್ಕೆ ಪೈಪ್ಡ್ ವಾಟರ್) ನಂತಹ ಉತ್ತಮ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.6 ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿ.

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	1ನೇ	2ನೇ	3ನೇ	4ನೇ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	7	69	199	15	290
ಶೇಕಡವಾರು	4.7	9.0	20.1	10.3	14.1
ಬೆಳಗಾವಿ	43	308	281	56	688
ಶೇಕಡವಾರು	28.7	40.1	28.4	38.6	33.5
ಬಳ್ಳಾರಿ	14	169	191	10	384
ಶೇಕಡವಾರು	9.3	22.0	19.3	6.9	18.7
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	3	86	146	41	276
ಶೇಕಡವಾರು	2.0	11.2	14.8	28.3	13.5
ಹಾವೇರಿ	83	136	171	23	413
ಶೇಕಡವಾರು	55.3	17.7	17.3	15.9	20.1
ಒಟ್ಟು	150	768	988	145	2051
ಶೇಕಡವಾರು	7.3	37.4	48.2	7.1	100.0

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

4.1.7 ಹುಟ್ಟಿನ ಕ್ರಮಸಂಖ್ಯೆ

ಸುಮಾರು 47.5% ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಮೊದಲ ಮಗುವಿಗೆ, 36.7% ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಎರಡನೇ, 12% ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಮೂರನೇ ಮಗುವಿಗೆ, 2.4% ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ನಾಲ್ಕನೇ ಮಗುವಿಗೆ ಮತ್ತು 1.4% ಮಕ್ಕಳು ಐದನೇ ಮಗುವಿಗೆ ಜನ್ಮ ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ಮೊದಲ ಮಗುವಿನ ಜನನ ಬೆಳಗಾವಿನಲ್ಲಿ 38% ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ 58.2% ರಷ್ಟಿದೆ. ಎರಡನೇ ಮಗುವಿನ ಜನನ ಕ್ರಮವು ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ 32.4% ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಚಿಕ್ಕ ಮಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 40% ವರೆಗೆ ಇದೆ. ಬೆಳಗಾವಿ 17% ದೊಂದಿಗೆ ಮೂರನೇ ನೇ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಎರಡನೇ ಮಗುವಿನ ಜನನ ಕ್ರಮವನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿದ್ದು, ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದ 4.4% ದಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 0 ಕ್ಕೆ ನಾಲ್ಕನೇ ಮತ್ತು ಐದನೇ ಜನನ ಕ್ರಮವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಸುಮಾರು 10% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಒಂದು

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ ಗರ್ಭಪಾತವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ, ಅವರಲ್ಲಿ 3.4% ರಷ್ಟು ಕನಿಷ್ಠ 2 ಗರ್ಭಪಾತಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ, ಸುಮಾರು 1.3% ಮಹಿಳೆಯರು 3 ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗರ್ಭಪಾತವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.7 ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಜನನ ಕ್ರಮ

ಜನನ ಕ್ರಮ	ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	ಬೆಳಗಾವಿ	ಬಳ್ಳಾರಿ	ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	ಹಾವೇರಿ	ಒಟ್ಟು
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1	0	0	0	0	1
ಶೇಕಡಾವಾರು	0.30	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1ನೇ	171	272	193	145	218	999
ಶೇಕಡಾವಾರು	58.20	38.00	48.40	51.60	52.70	47.50
2ನೇ	108	270	149	112	134	773
ಶೇಕಡಾವಾರು	36.70	37.70	37.30	39.90	32.40	36.70
3ನೇ	13	121	46	23	49	252
ಶೇಕಡಾವಾರು	4.40	16.90	11.50	8.20	11.80	12.00
4ನೇ	1	32	8	1	8	50
ಶೇಕಡಾವಾರು	0.30	4.50	2.00	0.40	1.90	2.40
5ನೇ	0	21	3	0	5	29
ಶೇಕಡಾವಾರು	0.00	2.90	0.80	0.00	1.20	1.40
ಒಟ್ಟು	294	716	399	281	414	2104
ಶೇಕಡಾವಾರು	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

4.1.8 ಹೆರಿಗೆಗೂ ಮೊದಲ ಕೆಲಸ

ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಮೊದಲು ಕೇವಲ 10.17% ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾತ್ರ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರು ಮತ್ತು 89.69% ಜನರು ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ದುಡಿಯುವ ಮಹಿಳೆಯರ ಪ್ರಸ್ತುತ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು (14.78%) ಗಮನಿಸಿದರೆ, ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ನಂತರ ಕೆಲಸ ಮುಂದುವರಿಸಿದವರ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ 4.6% ಹೆಚ್ಚಳ ಮಾತ್ರ ಇದೆ. ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವ ಮಹಿಳೆಯರ ಶೇಕಡಾವಾರು ಪ್ರಮಾಣವು 7.9% ರಷ್ಟಿದ್ದರೆ, ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ 9.3% ರಷ್ಟು ಮತ್ತು ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ 41.6% ರಷ್ಟಿದೆ. ಗರ್ಭ ಧರಿಸಿದ ನಂತರ ಮತ್ತು ಮಗು ಜನಿಸಿದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಒಂಭತ್ತು ತಿಂಗಳಿನಿಂದ ಎರಡು ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ, ಉದ್ಯೋಗಸ್ಥ ಮಹಿಳೆಯರು ಉದ್ಯೋಗ ಮಾಡಲಿಲ್ಲ. ಮಹಿಳೆಯರ ಸರಾಸರಿ ಗಳಿಕೆ 234.10 ರೂಪಾಯಿ ಆಗಿದ್ದು ಅದು ದಿನಕ್ಕೆ 80 ರಿಂದ 500 ವರೆಗೆ ಇರಬಹುದು.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.8 ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಮೊದಲು ಉದ್ಯೋಗ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದ ಮಹಿಳೆಯರು.

ಜಿಲ್ಲೆ	ಇಲ್ಲ	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	276	1	17	294
ಶೇಕಡವಾರು	14.6	33.3	7.9	14.0
ಬೆಳಗಾವಿ	694	2	20	716
ಶೇಕಡವಾರು	36.8	66.7	9.3	34.0
ಬಳ್ಳಾರಿ	310	0	89	399
ಶೇಕಡವಾರು	16.4	0.0	41.6	19.0
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	232	0	49	281
ಶೇಕಡವಾರು	12.3	0.0	22.9	13.4
ಹಾವೇರಿ	375	0	39	414
ಶೇಕಡವಾರು	19.9	0.0	18.2	19.7
ಒಟ್ಟು	1887	3	214	2104
ಶೇಕಡವಾರು	89.69	0.14	10.17	100.00

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

4.1.9 ಹೆರಿಗೆ

ಒಟ್ಟಾರೆ ಸುಮಾರು 82.68% ಪ್ರಸವಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ, 17.03% ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು 0.29% ಪ್ರಸವಗಳು ಮನೆಗಳಲ್ಲಾಗಿವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ 22.4% ಪ್ರಸವಗಳು ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಮತ್ತು 77.6% ಸಾಮಾನ್ಯ ಪ್ರಸವಗಳಾಗಿವೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.9 ಜಿಲ್ಲಾ ವಾರು ಹೆರಿಗೆಗಳ ವಿವರಗಳು

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆ ಪ್ರಕಾರ	ಮನೆ ಹೆರಿಗೆ	ಖಾಸಗಿ ಸೌಕರ್ಯ	ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಕರ್ಯ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	40		254	294
ಶೇಕಡವಾರು		11.17	14.61	13.98
ಸಿಸೇರಿಯನ್		15	48	63
ಶೇಕಡವಾರು		4.19	2.76	3.00
ಸಾಮಾನ್ಯ		25	206	231
ಶೇಕಡವಾರು		6.98	11.85	10.98
ಬೆಳಗಾವಿ	3	186	527	716
ಶೇಕಡವಾರು	50.00	51.96	30.30	34.05
ಸಿಸೇರಿಯನ್		88	79	167
ಶೇಕಡವಾರು		24.58	4.54	7.94
ಸಾಮಾನ್ಯ	3	98	448	549
ಶೇಕಡವಾರು	50.00	27.37	25.76	26.11
ಬಳ್ಳಾರಿ	3	62	334	399
ಶೇಕಡವಾರು	50.00	17.32	19.21	18.97
ಸಿಸೇರಿಯನ್		39	42	81
ಶೇಕಡವಾರು		10.89	2.42	3.85
ಸಾಮಾನ್ಯ	3	23	292	318
ಶೇಕಡವಾರು	50.00	6.42	16.79	15.12
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	39		242	281
ಶೇಕಡವಾರು		10.89	13.92	13.36
ಸಿಸೇರಿಯನ್		21	87	108
ಶೇಕಡವಾರು		5.87	5.00	5.14

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಸಾಮಾನ್ಯ		18	155	173
ಶೇಕಡವಾರು		5.03	8.91	8.23
ಹಾವೇರಿ		31	382	413
ಶೇಕಡವಾರು		8.66	21.97	19.64
ಸಿಸೇರಿಯನ್		12	40	52
ಶೇಕಡವಾರು		3.35	2.30	2.47
ಸಾಮಾನ್ಯ		19	342	361
ಶೇಕಡವಾರು		5.31	19.67	17.17
ಒಟ್ಟು	6	358	1739	2103
ಶೇಕಡವಾರು	0.29	17.02	82.69	100.00
ಸಿಸೇರಿಯನ್	0	175	296	471
ಶೇಕಡವಾರು	0.00	48.90	17.00	22.40
ಸಾಮಾನ್ಯ	6	183	1442	1632
ಶೇಕಡವಾರು	0.29	51.10	83.00	77.60

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ; * ಒಂದು ಗರ್ಭಪಾತವಾದ್ದರಿಂದ ಒಂದು ಅವಲೋಕನವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

4.2 ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರದ ಮಾತೃತ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವು

ಅರಿವು ಎಂಬ ಪದದ ಅರ್ಥ ಒಂದು ಸನ್ನಿವೇಶದ ಜ್ಞಾನ ಅಥವಾ ಗ್ರಹಿಕೆ. ಅರಿವು ಕ್ರಿಯೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು. ಇದು ಯಾವುದರ ಕುರಿತಾದರೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು. ಅರಿವು ಎನ್ನುವುದು ಗಮನಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಗ್ರಹಿಸುವುದರಿಂದ ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಒಂದು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ. ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ಏನು ನಡೆಯುತ್ತಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಎಂದು ಇದನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಬಹುದು.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.10 ಒಟ್ಟು ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ಅರಿವು.

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	ಇಲ್ಲ	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	104	0	150	254
ಶೇಕಡವಾರು	6.0	0.0	8.6	14.6
ಬೆಳಗಾವಿ	213	3	311	527
ಶೇಕಡವಾರು	12.2	.2	17.9	30.3
ಬಳ್ಳಾರಿ	124	3	207	334
ಶೇಕಡವಾರು	7.1	.2	11.9	19.2
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	114	1	127	242
ಶೇಕಡವಾರು	6.6	.1	7.3	13.9
ಹಾವೇರಿ	91	0	291	382
ಶೇಕಡವಾರು	5.2	0.0	16.7	22.0
ಒಟ್ಟು	646	7	1086	1739
ಶೇಕಡವಾರು	37.1	.4	62.4	100.0
ಭೌಗೋಳಿಕ ವಿಭಾಗ				
ಕಪ್ಪಕರ ಸ್ಥಳ	72	1	124	197
ಶೇಕಡವಾರು	4.1	.1	7.1	11.3
ಗ್ರಾಮೀಣ	311	2	604	917
ಶೇಕಡವಾರು	17.9	.1	34.7	52.7

ನಗರ	263	4	358	625
ಶೇಕಡವಾರು	15.1	.2	20.6	35.9
ಬಟ್ಟು	646	7	1086	1739
ಶೇಕಡವಾರು	37.1	.4	62.4	100.0
ಶಿಕ್ಷಣ				
ಪದವಿ	12	0	19	31
ಶೇಕಡವಾರು	.7	0.0	1.1	1.8
ಪ್ರೌಢ	127	1	253	381
ಶೇಕಡವಾರು	7.3	.1	14.5	21.9
ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರು	42	0	44	86
ಶೇಕಡವಾರು	2.4	0.0	2.5	4.9
ಹಿರಿಯ ಪ್ರಾಥಮಿಕ	90	1	179	270
ಶೇಕಡವಾರು	5.2	.1	10.3	15.5
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	182	2	248	432
ಶೇಕಡವಾರು	10.5	.1	14.3	24.8
ಶಾಲೆಗೆ ಹೋಗಿಲ್ಲ	18	0	49	67
ಶೇಕಡವಾರು	1.0	0.0	2.8	3.9
ಇತರೆ	3	0	0	3
ಶೇಕಡವಾರು	.2	0.0	0.0	.2
ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ	1	1	3	5
ಶೇಕಡವಾರು	.1	.1	.2	.3
ಪ್ರಾಥಮಿಕ	109	1	170	280
ಶೇಕಡವಾರು	6.3	.1	9.8	16.1
ಪಿಯುಸಿ / ಡಿಪ್ಲೋಮಾ	62	1	121	184
ಶೇಕಡವಾರು	3.6	.1	7.0	10.6
ಬಟ್ಟು	646	7	1086	1739
ಶೇಕಡವಾರು	37.1	.4	62.4	100.0
ಉದ್ಯೋಗ				
ವ್ಯಾಪಾರ	10	0	23	33
ಶೇಕಡವಾರು	.6	0.0	1.3	1.9
ದಿನಗೂಲಿ	66	0	129	195
ಶೇಕಡವಾರು	3.8	0.0	7.4	11.2
ಸರ್ಕಾರಿ	2	0	3	5
ಶೇಕಡವಾರು	.1	0.0	.2	.3
ಗೃಹಿಣಿ	373	5	668	1046
ಶೇಕಡವಾರು	21.4	.3	38.4	60.1
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	181	2	248	431
ಶೇಕಡವಾರು	10.4	.1	14.3	24.8
ಖಾಸಗಿ	14	0	15	29
ಶೇಕಡವಾರು	.8	0.0	.9	1.7
ಬಟ್ಟು	646	7	1086	1739
ಶೇಕಡವಾರು	37.1	.4	62.4	100.0
ಜಾತಿ				
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1	0	0	1
ಶೇಕಡವಾರು	.1	0.0	0.0	.1
ಓಬಿಸಿ	439	3	717	1159
ಶೇಕಡವಾರು	25.2	.2	41.2	66.6

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಎಸ್ ಸಿ	171	4	262	437
ಶೇಕಡವಾರು	9.8	.2	15.1	25.1
ಎಸ್ ಟಿ	35	0	107	142
ಶೇಕಡವಾರು	2.0	0.0	6.2	8.2
ಒಟ್ಟು	646	7	1086	1739
ಶೇಕಡವಾರು	37.1	.4	62.4	100.0

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ಒಟ್ಟು ಯೋಜನೆಗಳ ಜ್ಞಾನದ ಬಗ್ಗೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು (ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್ ಪಡೆದ ಜನರು) ಕೇಳಲಾಯಿತು. ಸರ್ಕಾರವು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ಪರಿಚಯಿಸುತ್ತಿರುವ ವಿವಿಧ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದಿರುವ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಇದರ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿತ್ತು. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, 62.49% ವಿವಿಧ ವಯೋಮಾನದ, ಶಿಕ್ಷಣ, ಉದ್ಯೋಗ, ಜಾತಿ ಮುಂತಾದ ವಿವಿಧ ಗುಂಪುಗಳಿಗೆ ಸೇರಿದವರು ಮತ್ತು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಭೌಗೋಳಿಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿರುವವರು ಸಹ ಈ ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದಿದ್ದಾರೆ. 37.11% ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲ.

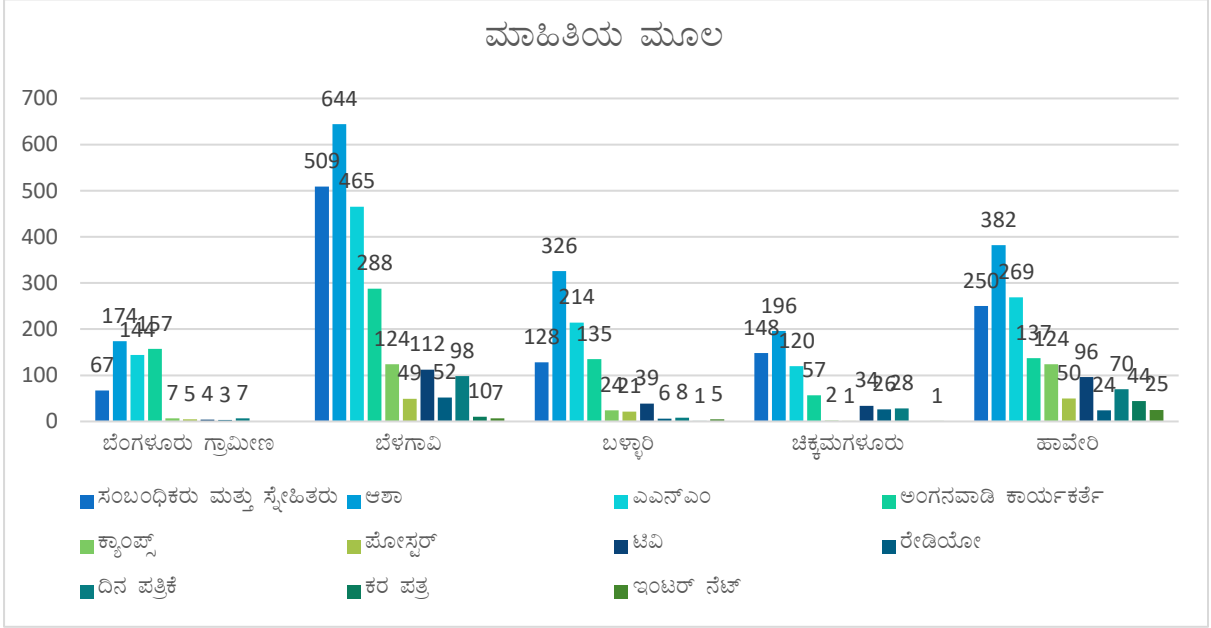
ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಈ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಇರುವ ಅರಿವಿನ ಮಟ್ಟವನ್ನು ನೋಡಿದರೆ, ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 76% ಜನರು ಈ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದಿದ್ದರು ಮತ್ತು ಇದು ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವಿನ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಇದರ ನಂತರ ಬಳ್ಳಾರಿ 62.28% ಎರಡನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಬೆಳಗಾವಿ 59% ರೊಂದಿಗೆ ಮೂರನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದ್ದರೆ, ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ 58.89% ರೊಂದಿಗೆ ನಾಲ್ಕನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ ಮತ್ತು ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು 52.48% ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಅರಿವು ಹೊಂದಿದೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ 41.92% ಜನರಿಗೆ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿ ಇರಲಿಲ್ಲ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳು 34% ರಷ್ಟಿದ್ದರೆ, 36.55% ರಷ್ಟು ದೂರದ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಜನರು ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ. ಎಲ್ಲಾ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವು 49.44% ರಿಂದ 73.53% ವರೆಗೆ ಬದಲಾಗಿದೆ. ಶಾಲಾ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಹೊಂದಿರದ ತಾಯಂದಿರಲ್ಲಿ ಈ ಯೋಜನೆಗಳ ಕುರಿತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಟ್ಟದ ಅರಿವು ಇತ್ತು. ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸ ಮಾಡಿದ ಅಥವಾ ಕಾಲೇಜಿಗೆ ಹೋದ / ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ಪದವಿ ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ ಸುಮಾರು 60-66.40% ಜನರಿಗೆ ವಿಭಿನ್ನ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದಿದೆ.

ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಅಂದರೆ 75.35% ರಷ್ಟು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಯೋಜನೆ ಸಂಬಂಧಿತ ಅರಿವು ಇತ್ತು. ಇತರ ಹಿಂದುಳಿದ ವರ್ಗ ಮತ್ತು ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯಾತರಲ್ಲಿ ಅರಿವಿನ ಪ್ರಮಾಣ 61.88% ರಷ್ಟಿತ್ತು. ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿಯ ಜನರಲ್ಲಿ ಈ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆ ಇದೆ ಎಂಬುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿ, ಗೃಹಿಣಿಯರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದ್ದರು ಮತ್ತು 64% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಈ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದಿದ್ದಾರೆ. ದೈನಂದಿನ ಕೂಲಿ ಕಾರ್ಮಿಕರು ಎರಡನೇ ಅತಿದೊಡ್ಡ ಗುಂಪುಗಳಾಗಿದ್ದು, ಇವರಲ್ಲಿ 65.89% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದಿದ್ದಾರೆ. ಖಾಸಗಿ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಜನರಿಗೆ 51.72% ರಷ್ಟು ಯೋಜನೆಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವಿತ್ತು. ಸ್ವಂತ ವ್ಯವಹಾರ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಜನರಲ್ಲಿ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಎಂದರೆ 69.70% ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿನ ಅರಿವು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ.

4.2.1 ಅರಿವಿನ ಮೂಲ

ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ್ಯಂತ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಪ್ರಮುಖ ಮೂಲ ಆಶಾಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಾಗಿದ್ದು, ನಂತರದ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ ಎಎನ್‌ಎಂ ಮತ್ತು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಇದ್ದಾರೆ. ದೂರದರ್ಶನ ಮತ್ತು ಪತ್ರಿಕೆಗಳು ಸಹ ಕೆಲವರಿಗೆ ಮಾಹಿತಿಯ ಮೂಲಗಳಾಗಿವೆ. ಶಿಬಿರಗಳು ಮತ್ತು ಪೋಸ್ಟರ್‌ಗಳು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಬಳಕೆಯಾಗಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯ ಮೂಲಗಳಾಗಿವೆ.

ಚಿತ್ರ 4.1 ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿಯ ಮೂಲ

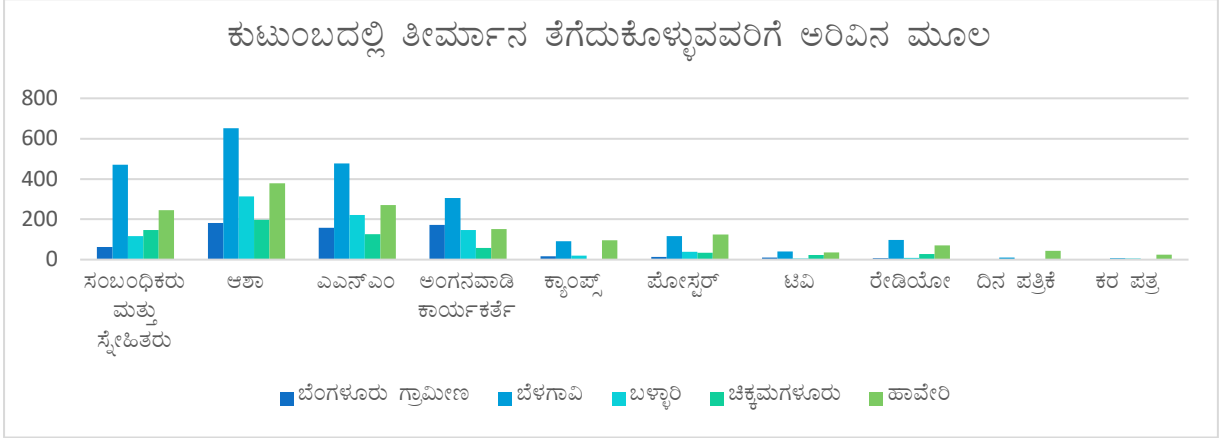


4.2.2 ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು

ಒಟ್ಟು 65.54% ಕುಟುಂಬಗಳು ವಿಭಕ್ತ ಕುಟುಂಬಗಳಾಗಿದ್ದು, ಹೆಚ್ಚಿನ ನಿರ್ಧಾರಗಳನ್ನು ಗಂಡ ಮತ್ತು ಹೆಂಡತಿ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅತ್ತೆ-ಮಾವಂದಿರು ಸಹ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರಿದ್ದಾರೆ, ಆದರೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಪೋಷಕರು ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ನಿರ್ಧಾರಗಳ ಮೇಲೆ ಕನಿಷ್ಠ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುತ್ತಾರೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಚಿತ್ರ 4.2 ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆಯ ನಿರ್ಧಾರಕ್ಕಾಗಿ ಅರಿವಿನ ಮೂಲಗಳು.



ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವವರು ಅನುಸರಿಸುವ ಮಾಹಿತಿಯ ಪ್ರಮುಖ ಮೂಲವೆಂದರೆ ಆಶಾ ಮತ್ತು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು. ಇವರೊಂದಿಗೆ ಸ್ನೇಹಿತರು/ಸಂಬಂಧಿಕರೂ ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುತ್ತಾರೆ. ಶಿಬಿರಗಳು, ಪೋಸ್ಟರ್‌ಗಳು, ಟಿವಿ, ರೇಡಿಯೋ, ಪತ್ರಿಕೆಗಳು ಸರ್ಕಾರದ ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳು ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮಾಹಿತಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡಿದ್ದರೆ, ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಅಂತರ್ಜಾಲದ ಅವಲಂಬನೆ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ.

ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಪಡೆದ ಮಾಹಿತಿಯು ಮುಖ್ಯ ಮೂಲ ಆಶಾ, ಎಎನ್‌ಎಂ & ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಟಿವಿ, ಜಾಹೀರಾತು, ಪತ್ರಿಕೆಗಳು ಮತ್ತು ಮಾಧ್ಯಮಗಳು ಇತರ ಪ್ರಮುಖ ಮೂಲಗಳಾಗಿವೆ. ಮೇಲಿನ ಮೂಲಗಳ ಹೊರತಾಗಿ, ಕೆಲವರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಕೆಲಸಗಾರರು, ಅರ್ಜಿಗಳು, ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿಕರ ಮೂಲಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆದರು. ಕೆಲವು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್ ಅನ್ನು ವಿವರವಾಗಿ ಓದುತ್ತಾರೆ, ಇದು ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯನ್ನು ನೋಂದಣಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಡುವ ಮತ್ತು ಎಎನ್‌ಎಂ ತಪಾಸಣೆಗಳನ್ನು ಸೂಕ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ನೋಡುವ ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸುವ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ ಅನೇಕರಿಗೆ ಮಾಹಿತಿಯ ಪ್ರಮುಖ ಮೂಲವಾಗಿದ್ದಾಳೆ. ಅವಳು ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಮನೆಗಳ ಸಮೀಪದಲ್ಲಿಯೇ ವಾಸಿಸುತ್ತಾಳೆ ಮತ್ತು ಆ ಮೂಲಕ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತಾಳೆ ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ಮಾತೃತ್ವ ಸಂಬಂಧಿತ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳಿಗೆ ಅನುಕೂಲ ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತಾಳೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ, ಮಾತೃತ್ವ ಪ್ರಯೋಜನ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸುವವಳು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ. ಮಹಿಳಾ ಮಕ್ಕಳ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಗೆ ಮುಖ್ಯ ಕೊಂಡಿಯಾಗಿರುವ ಈಕೆ ಪ್ರಸ್ತುತ ಮಾತೃತ್ವ ಯೋಜನೆಗಳ ಪ್ರಯೋಜನ ವನ್ನು ವಿತರಿಸುವಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತಾಳೆ.

4.3 ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಪ್ರಸವಕ್ಕೆ ಕುಟುಂಬವು ಮಾಡಿದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ವಿವರಗಳು.

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಮಾಡಲಾದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಾಗಿ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ 6 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಪ್ರಥಮ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಮಣಿಪುರ ಆಕ್ರಮಿಸಿಕೊಂಡರೆ, ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳ, ಕೇರಳ, ಅರುಣಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ, ನಾಗಾಲ್ಯಾಂಡ್ ಮತ್ತು ಗೋವಾ ನಂತರದ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ.

ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ -4 ವರದಿಗಳ ಪ್ರಕಾರ, ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಆಗುವ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಸವಕ್ಕೆ ರೂ. 4,824, ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ರೂ. 22,882 ಮತ್ತು ರೂ. 11,630 ಸರಾಸರಿಯಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಸೌಲಭ್ಯಕ್ಕೆ

ಖರ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಕರ್ನಾಟಕದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ (ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ -4) ಬೆಂಗಳೂರು ಸರಾಸರಿ 9933 ರೂಗಳೊಂದಿಗೆ ಪ್ರಥಮ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ ಮತ್ತು ಯಾದಗಿರಿ ರೂ 1966 ರ ಸರಾಸರಿಯೊಂದಿಗೆ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಸಮೀಕ್ಷೆ ಪ್ರಕಾರ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ, ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರವು ಸರಾಸರಿ ರೂ 5600 ಖರ್ಚಿನೊಂದಿಗೆ 6 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಬೆಳಗಾವಿ ಸರಾಸರಿ ರೂ 4521 ರೊಂದಿಗೆ 11 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದ್ದರೆ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಸರಾಸರಿ ರೂ 4,413 ರೊಂದಿಗೆ 13 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ರೂ 3920 ರ ಸರಾಸರಿಯೊಂದಿಗೆ ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು 17 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ ಮತ್ತು ಹಾವೇರಿ ರೂ 2886 ರ ಸರಾಸರಿಯೊಂದಿಗೆ 24 ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ.

ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಮೊದಲೇ ಹೇಳಿದಂತೆ, ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ತಲಾ ಖರ್ಚು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಜಿಡಿಪಿ ಖರ್ಚಿನ ಶೇಕಡಾವಾರು ಪ್ರಮಾಣವೂ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದೆ. ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಗಳು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ, ಎಸ್‌ಸಿ ಮತ್ತು ಎಸ್‌ಟಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಉಚಿತವಾಗಿದ್ದು, ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸಲು ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರ ತಾಯಂದಿರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಒಂದು ತಿಂಗಳವರೆಗೆ ಉಚಿತ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ತಪಾಸಣೆ, ಪ್ರಸವ ಮತ್ತು ಪ್ರಸವದ ನಂತರ ತಪಾಸಣೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಷರತ್ತುಬದ್ಧ ನಗದು ವರ್ಗಾವಣೆ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಆವಿಷ್ಕಾರಗಳು ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಸರಾಸರಿ ಖರ್ಚು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ರೂ. 14664 ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ರೂ. 38037 ಎಂದು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ.

ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟಾರೆ ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ರೂ. 18654 ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಸ್ಥಳ, ಮತ್ತು ಎಎನ್‌ಸಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ, ಪ್ರಕಾರ ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯ ಸ್ಥಳ ಮುಂತಾದ ಅಂಶಗಳು ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ಸಾಪೇಕ್ಷ ಖರ್ಚಿನೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿವೆ ಎಂದು ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ಸೂಚಿಸುತ್ತವೆ. ವಿವಿಧ ಎಎನ್‌ಸಿ ಮತ್ತು ಪಿಎನ್‌ಸಿ ಘಟಕಗಳನ್ನು ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದರ ಜೊತೆಗೆ ವೆಚ್ಚವೂ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಹತ್ತು ತಾಯಂದಿರಲ್ಲಿ ನಾಲ್ವರು ಬಡ್ಡಿ ಹಣವನ್ನು ಸಾಲವಾಗಿ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ. ಷರತ್ತುಬದ್ಧ ನಗದು ವರ್ಗಾವಣೆಯ ಮೂಲಕ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಳಕೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು, ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯ ಪ್ರಸವ ಸೇವೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದು, ಹೆಚ್ಚು ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯ 24x7 ನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವುದು, ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್‌ನಂತಹ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು, ಸಿಎಚ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಎಫ್‌ಆರ್‌ಯುಗಳನ್ನು ಮಾಡುವುದು ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗೆ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ತಡೆಯುವುದರಿಂದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿನ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಬಹುದು.

ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸಲು ಸರಾಸರಿಗಳಂತಹ ಕೇಂದ್ರೀಯ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ವಿವರಣಾತ್ಮಕ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳನ್ನು ಲೆಕ್ಕಹಾಕಲು ಬಳಸುವ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಕೆಳಗೆ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸರಾಸರಿ: ಸರಾಸರಿ ಲೆಕ್ಕಾಚಾರ ಮಾಡಲು ವಸ್ತುಗಳ ಮೌಲ್ಯಗಳ ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತವನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿದು ಅವಲೋಕನಗಳ ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆಯಿಂದ ಭಾಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಲೆಕ್ಕಾಚಾರದ ಸೂತ್ರವು ಮೀನ್ = $\sum X \div N$.

ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಶನ್): ವಿಚಲನ ಅದರ ಸರಾಸರಿ ಒಂದು ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಬಂಧಿ ಪ್ರಸರಣದ ಆಗಿದೆ. ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ, ಪ್ರತಿ ಬೆಲೆ ಮತ್ತು ಸರಾಸರಿ ನಡುವಿನ ಹೆಚ್ಚಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಾಗಿದೆ. ಮೊದಲ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಸರಾಸರಿ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಲೆಕ್ಕಹಾಕಲಾಗುತ್ತದೆ, ಪ್ರತಿ ವೀಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಸರಾಸರಿ ಮತ್ತು ಕಳೆಯುವ ಫಲಿತಾಂಶದೊಂದಿಗೆ ಕಳೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ, ಆ ವರ್ಗ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳ ಸರಾಸರಿ ಲೆಕ್ಕಹಾಕಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅದರ ವರ್ಗಮೂಲವು ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನವಾಗಿದೆ. ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನವನ್ನು ಲೆಕ್ಕಾಚಾರ ಮಾಡುವ ಸೂತ್ರ.

95% ವಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹ ಮಧ್ಯಂತರಗಳು: ವಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹ ಮಧ್ಯಂತರಗಳು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಮೌಲ್ಯಗಳ ಶ್ರೇಣಿಯನ್ನು ನಮಗೆ ತೋರಿಸುತ್ತವೆ. ಸರಾಸರಿ ನಮ್ಮ ಮೆಟ್ರಿಕ್‌ನ ಒಂದು ಅಂದಾಜು; ವಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹ ಮಧ್ಯಂತರಗಳು ಉತ್ಕೃಷ್ಟ ಡೇಟಾವನ್ನು ನೀಡುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ನಿಜವಾದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಮೌಲ್ಯಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತವೆ. ವಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹ ಮಧ್ಯಂತರವನ್ನು ಸೂತ್ರವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಲೆಕ್ಕಹಾಕಲಾಗುತ್ತದೆ $X \pm Z (s/\sqrt{n})$

X ಸರಾಸರಿ

Z 95% ವಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹ ಮಧ್ಯಂತರಕ್ಕೆ 1.96 ಆಗಿದೆ

S ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನವಾಗಿದೆ

n ಎಂಬುದು ಅವಲೋಕನಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ

ಪ್ರಾಯಶಃ ಹುಸಿ ಹೊರಗಿನವರ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಮೇಲ್ಭಾಗದ ಮೌಲ್ಯಗಳನ್ನು ಸೀಮಿತಗೊಳಿಸುವ ಮೂಲಕ ವಿನ್ಯೂರೈಸೇಶನ್ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಮೌಲ್ಯವನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸುವ ಮೂಲಕ ವಿನ್ಯೂರೈಸೇಶನ್ ಮಾಡಲಾಯಿತು ಆದ್ದರಿಂದ ಅದು ಸೆಟ್‌ನ ಇತರ ಮೌಲ್ಯಗಳಿಗೆ ಹತ್ತಿರದಲ್ಲಿದೆ. ಡೇಟಾ ಬಿಂದುಗಳನ್ನು ಮಾರ್ಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ, ಟ್ರಿಮ್ ಮಾಡಲಾಗಿಲ್ಲ / ತೆಗೆದುಹಾಕಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.11 ಗರ್ಭಧಾರಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತಾಯಿಯ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಘಟಕಗಳ ಸರಾಸರಿ.

ಜಿಲ್ಲೆ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು	ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮ								
	ಸರ್ಕಾರಿ			ಖಾಸಗಿ			ಒಟ್ಟು		
ನಿಯತಾಂಕಗಳು	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ
ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ	1049	1043	623-1475	1600			1072	1026	662-1483
ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ	435	602	316-555	303	494	81-525	414	586	307-520
ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕ	3414	10983	-584-7411	919	368	664-1174	2874	9743	-265-6014
ಆಹಾರ	633	830	449-817	600	693	-7-1207	631	818	455-807
ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಶುಲ್ಕ	1462	1528	809-2115	500			1418	1505	789-2047
ಔಷಧಿಗಳು	2559	4357	1705-3413	4539	2999	3313-5765	2929	4198	2188-3671
ಇತರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ	2875	2216	1339-4411				2875	2216	1339-4411
ರೆಫರಲ್	7741	6004	4887- 10595	1688	2230	-498-3873	6588	5959	4039-9137
ರೆಫರಲ್ ಸಾರಿಗೆ	1296	1173	682-1911	200	227	-23-423	1053	1132	530-1576
ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್	1528	1177	1348-1708	1597	1021	1249-1945	1540	1151	1379-1700
ಥೈರಾಯ್ಡ್	463	491	318-608	235	282	81-388	411	460	292-530
ಎವನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	4594	5602	3905- 5283	7030	10488	3779-10280	4926	6514	4181-5670
ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	10245	7707	9297- 11193	15934	7892	13488-18380	11019	7962	10109-11929
ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	570	641	491-649	1894	7895	-553-4340	752	2986	410-1093
ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	3213	2825	2865- 3560	4611	9456	1680-7541	3403	4361	2904-3902
ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚು	15188	11045	13830- 16546	31113	28419	22306-39920	17354	15580	15574-19135

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಜಿಲ್ಲೆ	ಬೆಳಗಾವಿ								
	ಸರ್ಕಾರಿ			ಖಾಸಗಿ			ಒಟ್ಟು		
ಸಂಸ್ಥೆಗಳು	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ
ನಿಯತಾಂಕಗಳು									
ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ	1565	1061	1197-1933	3367	1690	2511-4222	2140	1533	1702-2578
ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ	697	659	599-795	768	633	638-899	722	650	643-800
ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕ	1202	1398	814-1589	1627	1666	1090-2164	1382	1523	1062-1703
ಆಹಾರ	827	638	748-906	929	678	776-1083	850	648	780-921
ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಶುಲ್ಕ	751	1138	245-964	1475	2052	0-800	848	1270	393-1302
ಔಷಧಿಗಳು	3076	2850	2679-3473	4107	3386	3501-4713	3465	3099	3125-3806
ಇತರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ	2269	2011	1283-3254	4200	1643	2760-5640	2729	2070	1843-3614
ರೆಫೆರಲ್	2330	3006	1480-3181	3666	4592	1994-5337	2833	3712	2004-3662
ರೆಫೆರಲ್ ಸಾರಿಗೆ	819	1136	326-1152	739	1135	501-1137	789	1129	538-1039
ಸ್ನಾನಿಂಗ್	2055	1283	1926-2184	2776	1249	2589-2964	2278	1315	2169-2388
ಧೈರಾಯ್ಡ್	381	532	2395-3684	781	1224	3219-2714	497	805	285-710
ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	5964	5520	5492-6435	10307	8369	9104-11509	7097	6660	6608-7585
ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	7028	7109	6421-7634	17380	11176	15774-18986	9728	9512	9030-10426
ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	564	668	507-621	1147	2729	753-1541	716	1525	604-828
ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	3573	3229	3298-3849	6740	9365	5394-8085	4399	5695	3981-4817
ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚು	13219	27469	12330-14109	37228	10419	33281-41176	19483	19686	18038-20928

ಜಿಲ್ಲೆ	ಬಳ್ಳಾರಿ								
	ಸರ್ಕಾರಿ			ಖಾಸಗಿ			ಒಟ್ಟು		
ಸಂಸ್ಥೆಗಳು	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ
ನಿಯತಾಂಕಗಳು									
ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ	1296	957	1039-1554	2035	1523	1091-2979	1414	1086	1145-1682
ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ	390	506	297-482	503	345	380-627	773	652	665-1682
ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕ	1129	1226	723-1535	925	919	444-1406	1070	1141	751-1390
ಆಹಾರ	652	519	572-732	988	696	735-1241	703	561	624-783
ಅನಾಪಚಾರಿಕ ಶುಲ್ಕ	1261	1570	555-1967	1000			1248	1529	577-1918
ಔಷಧಿಗಳು	4401	4453	4700-5194	5785	3454	3607-6869	4738	4263	4078-5399
ಇತರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ	3100	1833	1830-4370	7000			3533	2152	2158-4939
ರೆಫರಲ್	5608	5533	-360-7734	4550	7086	3481-9460	5359	5835	3397-7320
ರೆಫರಲ್ ಸಾರಿಗೆ	957	883	580-1335	611	611	212-1010	853	817	561-1146
ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್	1962	997	1850-2073	2339	1106	2052-2626	2020	1022	1915-2124
ಥೈರಾಯ್ಡ್	565	461	391-739	715	350	498-932	605	434	466-745
ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	7808	6420	7120-8497	12843	9031	10595-15091	8597	7121	7895-9298
ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	7579	7021	6826-8332	19375	12786	16193-22558	9426	9232	8516-10335
ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	515	688	441-589	2138	7889	174-4102	788	3333	459-1118
ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	4622	4439	4146-5098	8750	11018	6007-11493	5268	6133	4664-5872
ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚು	15472	10176	14381-16563	43378	25086	37134-49623	19841	16958	18171-21512

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಜಿಲ್ಲೆ	ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು								
	ಸರ್ಕಾರಿ			ಖಾಸಗಿ			ಒಟ್ಟು		
ಸಂಸ್ಥೆಗಳು	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ
ನಿಯತಾಂಕಗಳು									
ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ	1127	1028	623-1630	800	283	408-1192	1088	970	640-1536
ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ	738	617	612-865	728	640	447-1008	737	618	622-851
ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕ	1794	1670	1356-2232	1942	1579	1171-2713	1833	1592	1455-2212
ಆಹಾರ	1140	698	1014-1232	954	696	676-1266	1109	699	994-1224
ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಶುಲ್ಕ	1448	1321	1127-3016	1800	1755	584-1769	1486	1365	1173-1799
ಔಷಧಿಗಳು	3452	3110	2920-3985	4432	3740	3093-5770	3635	3247	3133-4136
ಇತರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ	1718	2824	49-3387	5500	4387	1654-9346	2900	3705	1085-4715
ರೆಫೆರಲ್	6564	7876	3647-9482	8888	7637	3595-14180	7081	7777	4540-9621
ರೆಫೆರಲ್ ಸಾರಿಗೆ	2172	1876	1500-2843	2120	3132	179-4061	2159	2209	1474-2843
ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್	2062	1146	1897-2227	2288	1258	1838-2739	2094	1162	1939-2249
ಢೈರಾಯ್ಡ್	687	460	565-808	609	489	395-823	666	466	561-772
ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	8389	6086	7622-9156	12186	10038	9035-15336	8916	6877	8112-9720
ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	13049	8445	11985-14113	22821	19410	16730-28913	14405	11134	13103-15707
ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	842	706	753-931	2061	7946	-433-4554	1015	3060	656-1373
ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	5201	4650	4615-5787	10110	17603	4585-15634	5882	7972	4950-6814
ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚು	21764	11416	20326-23202	51288	42764	37866-64709	25862	21562	23340-28383

ಜಿಲ್ಲೆ	ಹಾವೇರಿ								
	ಸರ್ಕಾರಿ			ಖಾಸಗಿ			ಒಟ್ಟು		
ಸಂಸ್ಥೆಗಳು	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ
ನಿಯತಾಂಕಗಳು									
ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ	1704	934	1273-2136	1500	707	520-2480	1684	901	1289-2079
ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ	457	428	363-550	592	461	331-853	474	432	386-563
ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕ	1236	1228	817-1655	2600	2128	192-5008	1350	1336	914-1786
ಆಹಾರ	456	493	352-560	936	761	487-1386	510	546	402-618
ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಶುಲ್ಕ	983	1443	366-1600	300	0	300-300	924	1389	356-1492
ಔಷಧಿಗಳು	2490	2547	1784-3196	845	690	417-1273	2216	2417	1604-2827
ಇತರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ	750	354	260-1240				750	354	260-1240
ರೆಫೆರಲ್	4120	500	-1760-10000	15750	6708	15260-16240	9289	7757	4221-14356
ರೆಫೆರಲ್ ಸಾರಿಗೆ	5100	9781	-2726-12926	1025	685	354-1696	3470	7598	-1239-8179
ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್	1490	607	1406-1573	1400	648	1129-1671	1481	610	1401-1561
ಫೈರಾಯ್ಡ್	500	319	312-689	450	71	352-548	493	292	334-652
ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	3987	3172	3669-4305	4053	3263	2944-5241	3995	3175	3689-4301
ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	7029	5091	6518-7539	13534	7383	10935-16133	7517	6256	6043-7015
ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	683	742	609-758	358	509	179-537	659	732	588-730
ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	3403	2520	3147-3659	2981	2553	2094-3868	3372	2250	3126-3618
ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚು	11105	6230	10480-11730	24469	19526	17595-31342	12108	8723	11267-12949
ಸಂಚಿತ	ಒಟ್ಟು								

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ನಿಯತಾಂಕಗಳು	ಸರ್ಕಾರಿ			ಖಾಸಗಿ			ಒಟ್ಟು		
	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ
ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ	1351	1010	1185-1517	2568	1695	1962-3175	1565	1243	1379-1750
ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ	621	621	569-673	758	628	664-853	653	625	608-699
ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕ	1670	4410	1055-2286	1541	1523	1207-1874	1633	3805	1185-2081
ಆಹಾರ	771	663	722-820	934	685	822-1046	799	669	754-844
ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಶುಲ್ಕ	1243	1381	1023-1463	1400	1610	611-2189	1258	1400	1046-1470
ಔಷಧಿಗಳು	3290	3581	3004-3577	4343	3454	3889-4798	3575	3576	3330-3819
ಇತರ ಅನಾರೋಗ್ಯ	2322	2209	1677-2968	5045	3102	3212-6879	2857	2616	2172-3542
ರೆಫರಲ್	4788	5821	3763-5812	5350	6263	3664-7036	4956	5944	4080-5832
ರೆಫರಲ್ ಸಾರಿಗೆ	1451	2587	988-1914	947	1636	518-1375	1291	2334	946-1635
ಸ್ಕ್ರಾನಿಂಗ್	1871	1116	1809-1933	2429	1253	2290-2568	1983	1166	1925-2041
ಧೈರಾಯ್ಡ್	533	487	461-605	587	725	405-768	547	557	476-618
ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	6021	5624	5757-6286	10046	8937	9121-10972	6708	6491	6431-6986
ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	8442	7319	8098-8786	17824	12223	16558-19090	10043	9074	9655-10432
ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	622	698	589-655	1432	5327	879-1986	763	2324	663-862
ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	3911	3607	3742-4081	6892	10636	5790-7993	4420	5596	4180-4660
ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚು	14664	10375	14177- 15152	38037	29314	35000-41073	18654	17691	17897-19412

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ * ವಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹ ಮಧ್ಯಂತರಗಳಲ್ಲಿನ ಕೆಲವು ಮೌಲ್ಯಗಳು ಋಣಾತ್ಮಕವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮೌಲ್ಯಗಳು ಶೂನ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆ.

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಆರೈಕೆ, ಮಕ್ಕಳ ಜನನ ಮತ್ತು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆಗಳು ಮುಂತಾದ ವಿವಿಧ ಘಟಕಗಳ ಒಟ್ಟು ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ವೆಚ್ಚವನ್ನು ವಿವರಿಸುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸ್ಕ್ರಾನಿಂಗ್, ಧೈರಾಯ್ಡ್ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಔಷಧಿ, ಯುಪಿಟಿ, ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ, ರೆಫರಲ್, ಇತರ ಅನಾರೋಗ್ಯಗಳಿಗೆ, ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆಯಂತಹ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ವ್ಯಯಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು (17%) ಬಳಸಿದ ಜನರ ಸೇವೆಗಳ ವೆಚ್ಚವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಕ್ಕಿಂತ ಸುಮಾರು 3 ಪಟ್ಟು

ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಸೇವೆಗಳ ವೆಚ್ಚವು ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಿದ ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂಬುದರ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಪ್ರತಿ ಘಟಕದ ಸಂಪೂರ್ಣ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಒಟ್ಟುಗೂಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಸರಾಸರಿಯನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚವು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚದ ಜೊತೆಗೆ ಖರೀದಿಸಿದ ಸೇವೆಗಳ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ಉಪಭೋಗ್ಯ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚವು ಸಾರಿಗೆ, ಸರಕುಗಳ ಖರೀದಿ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ವೆಚ್ಚಗಳಿಗೆ ಮಾಡಿದ ಹೆರಿಗೆಯ ನಿಜವಾದ ವೆಚ್ಚವಾಗಿದೆ. ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚವು ಸಾರಿಗೆ ಮತ್ತು ಖರೀದಿಸಿದ ಸರಕು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ಎಲ್ಲಾ ತೈಮಾಸಿಕವಾರು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ, ಹೆರಿಗೆಯ ಸಂದರ್ಭದ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ, ಉಲ್ಲೇಖಿತ ಸಾರಿಗೆ ಮತ್ತು ಪಿಎನ್‌ಸಿ ಸಂಬಂಧಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚದ ಮೊತ್ತವಾಗಿದೆ.

4.3.1 ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್

ಹಲವಾರು ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್‌ಗಳನ್ನು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡಬಹುದು. ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ದೃಢೀಕರಣದಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿ ಹೆರಿಗೆಯ ಮೊದಲು ಮಗುವಿನ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು ಇದನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಬಹುದಾಗಿದೆ. ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ 6 ವಾರಗಳಲ್ಲಿ, 11 ಮತ್ತು 13 ವಾರಗಳಲ್ಲಿ, 18-20 ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಮೊದಲು ಸರಾಸರಿ 4 ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್‌ಗಳನ್ನು ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ವರದಿಯ ಹಿಂದಿನ ಅಧ್ಯಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಚಿತ್ರಿಸಿರುವಂತೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದ ಕಾರಣ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿ 71.13% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಹೊರಗಿನಿಂದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಂದ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ.

ಇದು ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ 95%, ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ 78%, ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ 72%, ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ 59% ಮತ್ತು ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ 53% ಆಗಿತ್ತು. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, 73.86% ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಹೊರಗೆ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಸರಾಸರಿ, 3 ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್‌ಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಇದನ್ನು ಬಳಸಿದ ಜನರಿಗೆ ರೂ 1871 ವೆಚ್ಚವಾಗಿದೆ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ರೂ 2429 ವೆಚ್ಚವಾಗಿದೆ. ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ ಜನರಿಗೆ, ತಗುಲಿರುವ ಒಟ್ಟಾರೆ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ವೆಚ್ಚ ರೂ 1985. ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್‌ನಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿವೆ, ಸರಾಸರಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸದ ಮೂಲಕ ಆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಮಾಡಿದ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಮಾಡಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಗಾಗಿ ನಿಗದಿ ಮಾಡಿದ ಮೌಲ್ಯ ರೂ 2325 ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ ಜನರಿಗೆ, ಅದರ ಬೆಲೆ ರೂ 3020 ಗಳಾಣ್ಣಾಗಿದೆ.

ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಇದರ ಒಟ್ಟಾರೆ ಖರ್ಚು ರೂ 2467 ರಷ್ಟಾಗಿದೆ. ಇದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ವೆಚ್ಚದ ಸರಾಸರಿಯಾಗಿದ್ದು ಜೊತೆಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಾಗೂ ಖಾಸಗಿ ಹೊರತು ಪಡಿಸಿಯೂ ಇದು ಸರಾಸರಿ ಮೊತ್ತವಾಗಿದೆ. ಸರಾಸರಿಯಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲಾದ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್‌ಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ (2ರಿಂದ3) ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿಯಲ್ಲಿ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲಾದ ಸರಾಸರಿ (3-4) ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್‌ಗಳ ವ್ಯತ್ಯಾಸದ ಮೂಲಕ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

4.3.2 ಧೈರಾಯ್ಡ್

ನಿಮ್ಮ ಮಗುವಿನ ಮೆದುಳು ಮತ್ತು ನರಮಂಡಲದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಧೈರಾಯ್ಡ್ ಹಾರ್ಮೋನ್‌ಗಳು ಪ್ರಾಮುಖ್ಯವಾದವುಗಳು. ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಧೈರಾಯ್ಡ್ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಚೋದಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ, ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಧೈರಾಯ್ಡ್ ಹಾರ್ಮೋನ್ ಸಾಂದ್ರತೆಯು ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಧೈರಾಯ್ಡ್ ಕ್ರಿಯೆಯ ನಿಖರವಾದ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವು ಈಗಾಗಲೇ ಧೈರಾಯ್ಡ್ ಹಾರ್ಮೋನ್ ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರಲ್ಲಿ ಧೈರಾಯ್ಡ್ ಹಾರ್ಮೋನ್‌ಗಳ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಸರಿಹೊಂದಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತದೆ (ಸೋಲ್ಡಿನ್, 2006).

ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಧೈರಾಯ್ಡ್ ಹಾರ್ಮೋನ್ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವ ಸೌಲಭ್ಯವು ಸರ್ಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ ಆದ್ದರಿಂದ, ಈ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಹೊರಗಿನಿಂದ ಖರೀದಿಸಬೇಕಾಗಿತ್ತು. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, 11% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ತಮ್ಮ ಧೈರಾಯ್ಡ್ ಹಾರ್ಮೋನ್ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ್ದಾರೆ, ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು 31% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ತಮ್ಮ ಧೈರಾಯ್ಡ್ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಈ ಮಟ್ಟವು 17% ರಷ್ಟಿದೆ. ಬೆಳಗಾವಿ ಮತ್ತು ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ 7% ಮತ್ತು 9% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ತಮ್ಮ ಧೈರಾಯ್ಡ್ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಠ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಎಂದರೆ 2% ರಷ್ಟು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಧೈರಾಯ್ಡ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜನರು (18%) ಜನರು ತಮ್ಮ ಧೈರಾಯ್ಡ್ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಕನಿಷ್ಠ 2 ಬಾರಿ ಧೈರಾಯ್ಡ್ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.

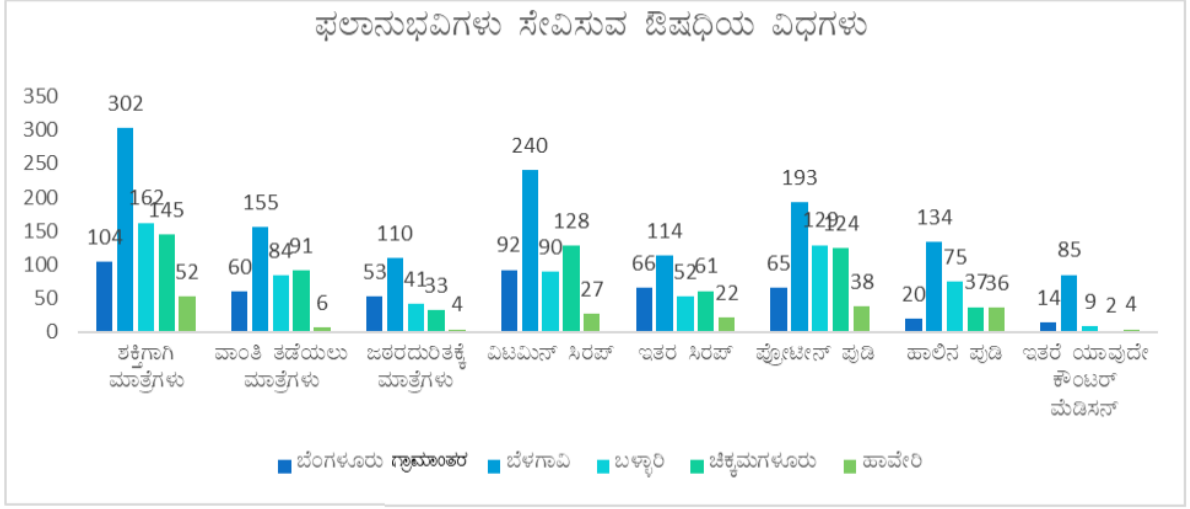
4.3.3 ಔಷಧಿ

ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಐಎಫ್‌ಎ ಸೇವನೆಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನದ ಹಿಂದಿನ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಔಷಧಿಗಳು ಉಚಿತವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಯಾವ ರೀತಿಯ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಈ ವಿಭಾಗವು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತದೆ.

ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, 39% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಇತರ ಆರೋಗ್ಯವರ್ಧಕಗಳನ್ನು ಫಾರ್ಮಸಿಯಿಂದ ಖರೀದಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ 64% ಮಹಿಳೆಯರು ಹೊರಗಿನಿಂದ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಿದ್ದಾರೆ, ಆದರೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿರುವವರಲ್ಲಿ ಇದರ ಪ್ರಮಾಣ 34%. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ 60% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಹೊರಗೆ ಔಷಧಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯವರ್ಧಕಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಿದರು. ಇದರ ನಂತರದ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ ಬೆಳಗಾವಿ (45%) ಮತ್ತು ಬಳ್ಳಾರಿ (41%) ಇದೆ.

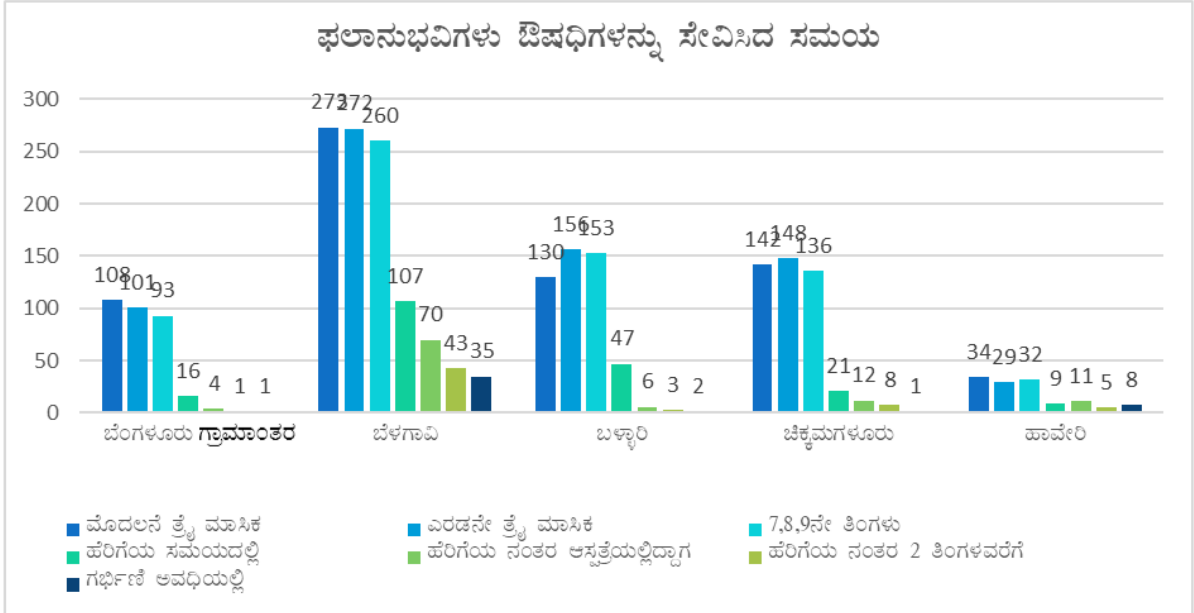
ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ, ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸರ್ಕಾರಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ, ಕೇವಲ 14% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಹೊರಗಿನಿಂದ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳ ಸರಾಸರಿ 39% ರಷ್ಟಿದೆ. ಫಲಾನುಭವಿಯು ಸರಾಸರಿ, ಕನಿಷ್ಠ 5 ಬಾರಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಚಿತ್ರ 4.3 ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸೇವಿಸುವ ಔಷಧಿಗಳ ವಿಧಗಳು



ಫಲಾನುಭವಿಗಳು, ಶಕ್ತಿಗಾಗಿ ಮಾತ್ರಗಳು, ವಾಂತಿ ತಡೆಯಲು ಮಾತ್ರಗಳು, ಜಠರದುರಿತಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರಗಳು, ವಿಟಮಿನ್ ಸಿರಪ್, ಇತರ ಸಿರಪ್, ಪ್ರೋಟೀನ್ ಪುಡಿ ಮತ್ತು ಹಾಲಿನ ಪುಡಿಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಹೆರಿಗೆಯವರೆಗೆ ಸೇವಿಸಿದ್ದು, ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರದ ಔಷಧಿಗಳ ಬಳಕೆಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಚಿತ್ರ 4.4 ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಿದ ಸಮಯ



ಔಷಧಿಗಳ ಸರಾಸರಿ ಬೆಲೆ ರೂ 3,572 ಆದರೆ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ ಜನರು ಔಷಧಿಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದರು ಇದರ ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತ ರೂ 4343 ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಬಳಸಿಕೊಂಡ ಜನರು ರೂ 3290 ಗಳನ್ನು ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದರು. ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಖರೀದಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂಬುದರ ಮೂಲಕ ಸರಾಸರಿ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

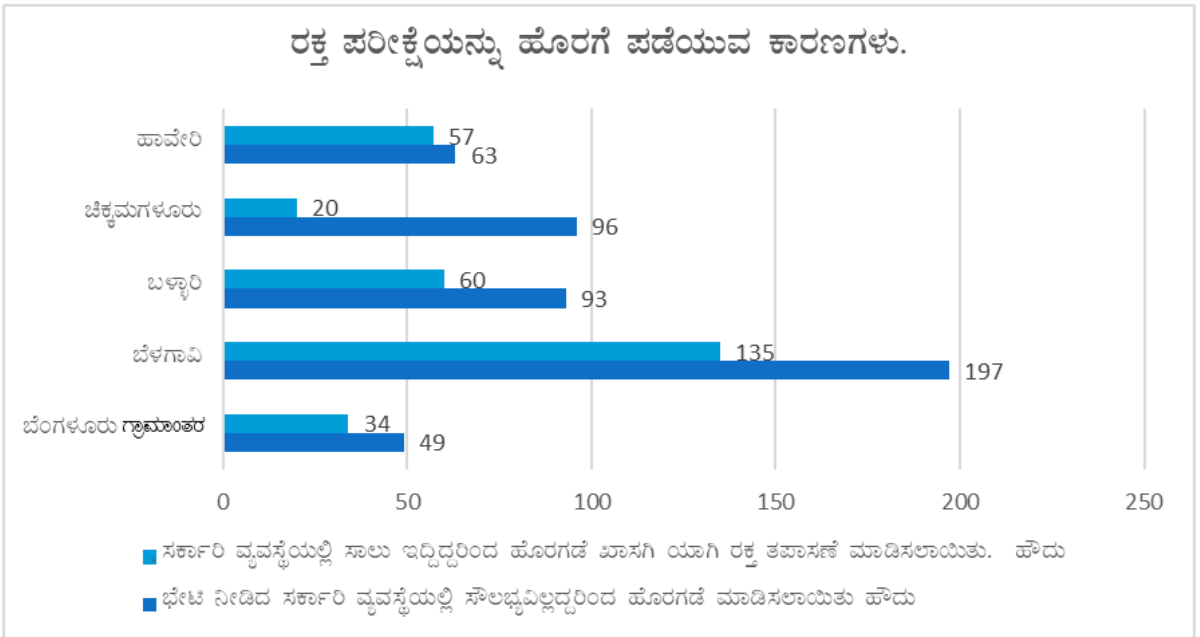
ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ವಿವರಿಸಬಹುದು. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸರಾಸರಿ 4 ಬಾರಿ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ತಿಳಿದು ಬಂದಿದ್ದು, ಇದಕ್ಕೆ ಎದುರಾಗಿ ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಜನರು 6 ಬಾರಿ ಬಳಸಿದ್ದಾರೆ.

ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಿದ ಜನರ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಖರೀದಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂಬುದರ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ಸರಾಸರಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ವಿವರಿಸಬಹುದು. ಮಾತೃತ್ವ ಔಷಧಿಗಳ ವೆಚ್ಚ 19.17% ರಷ್ಟಾಗಿದೆ.

4.3.4 ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ

ಎಎನ್‌ಸಿ ತಪಾಸಣೆಗಳು ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಉಚಿತವಾಗಿ ರಕ್ತ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತವೆ. ಆದರೂ 35% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಉದ್ದವಾದ ಸರತಿ ಸಾಲುಗಳು ಮತ್ತು ಭೇಟಿ ನೀಡುವ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವ ಕಾರಣಗಳಿಂದಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಹೊರಗೆ ರಕ್ತ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಸಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಹೇಳಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಚಿತ್ರ 4.5 ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಹೊರಗೆ ಪಡೆಯುವ ಕಾರಣಗಳು.



ಪ್ರಸವಕ್ಕೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ ಜನರಿಗೆ ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಸರಾಸರಿ ರೂ 653 ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪ್ರಸವಕ್ಕೆ ಬಳಸಿದ ಜನರಿಗೆ ರೂ 758 ಖರ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ವೆಚ್ಚವು ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ 3.50% ಆಗಿತ್ತು.

4.3.5 ಆಹಾರ ವೆಚ್ಚ

ಆಹಾರ ವೆಚ್ಚವು ಎಎನ್‌ಸಿ, ಪ್ರಸವ ಮತ್ತು ಪಿಎನ್‌ಸಿ ಭೇಟಿಗಳಂತಹ ವಿವಿಧ ಭೇಟಿಗಳ ಒಂದು ಭಾಗವಾಗಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ವಿವಿಧ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿನ 40% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ವೈದ್ಯರ ಭೇಟಿ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆಹಾರವನ್ನು ಖರ್ಚಿನ ಅಂಶವೆಂದು

ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರಿನಿಂದ 58%, ಬಳ್ಳಾರಿಯಿಂದ 50%, ಬೆಳಗಾವಿಯಿಂದ 46%, ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ 19%, ಮತ್ತು ಹಾವೇರಿಯಿಂದ 23% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಆಹಾರವನ್ನು ಖರ್ಚಿನ ಘಟಕ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆಹಾರ ವೆಚ್ಚವು ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚಿನ 2% ರಷ್ಟಿದೆ ಮತ್ತು ಸರಾಸರಿ ಆಹಾರ ವೆಚ್ಚವು ರೂ. 800 ಆಗಿದೆ.

4.3.6 ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕ

ಒಟ್ಟು ಶೇಕಡಾ 10.5 ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಸೇವೆಗಳ ಬಳಕೆಗಾಗಿ ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ಪಾವತಿಸಿದ್ದಾರೆ, ಇದರಲ್ಲಿ ಸಮಾಲೋಚನೆಯ ಸೇವೆಯು ಸೇರಿದ್ದು ಇದಕ್ಕೆ ಸರಾಸರಿ ರೂ. 1670 ಗಳನ್ನು ವ್ಯಯಿಸಲಾಗಿದೆ. ಎಎನ್‌ಸಿಗಾಗಿ ಖಾಸಗಿ ಸೇವಾಪೂರೈಕೆದಾರರನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸುವ ಅನೇಕ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸಮಾಲೋಚನಾ ಶುಲ್ಕ ಪಾವತಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಕೆಲವು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿನ ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ಪಾವತಿಸಿದ್ದಾರೆ.

4.3.7 ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ವೆಚ್ಚ

ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಮಾಡಿರುವ ವೆಚ್ಚಗಳು ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್, ಥೈರಾಯ್ಡ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ಔಷಧಿ, ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕ, ಯುಪಿಟಿ, ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಇತರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ, ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ, ಮತ್ತು ಆಹಾರ ಮತ್ತು ತೈಮಾಸಿಕವಾರು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಎಲ್ಲಾ ವೆಚ್ಚಗಳ ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತವನ್ನು ಲೆಕ್ಕಹಾಕಲಾಗಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚ ರೂ 6709. ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆದ ಜನರಿಗೆ, ತಗುಲಿರುವ ಬಾಬು ರೂ10046 ಇದು ಒಟ್ಟಾರೆ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ ಶೇಕಡಾ 26.1 ರಷ್ಟಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಬಳಸಿದ ಜನರಿಗೆ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚ ರೂ 6023. ಇದು ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ 41ಶೇಕಡಾ ಇದೆ. ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ಸರಾಸರಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಎಎನ್‌ಸಿ ಘಟಕಗಳ ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿಂದಾಗಿವೆ, ಇದು ಸೇವಾ ಖರೀದಿಯ ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಖರೀದಿಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ.

ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚವು ಹೆಚ್ಚಾಗಲು ಕಾರಣಗಳು ಬಹುಪಾಲು ಜನರು ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್‌ನಂತಹ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಹೊರಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಒತ್ತಾಯಿಸಲ್ಪಡುತ್ತಾರೆ. ಈ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಸರಾಸರಿ ಪಡೆಯಲು ಸೇರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಜನರು ಉತ್ತಮ ಜೀವನೋಪಾಯಕ್ಕಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರಕ್ಕೆ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ಅವರು ಎಎನ್‌ಸಿ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ತಮ್ಮ ಸ್ವಂತ ಅಥವಾ ಸ್ಥಳೀಯ ಜಾಗಕ್ಕೆ ಹಿಂತಿರುಗುತ್ತಾರೆ. ಅವರು ಕನಿಷ್ಠ 4 ಬಾರಿಯಾದರೂ ಎಎನ್‌ಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಪ್ರಯಾಣಿಸುವುದರಿಂದ ಇವರ ಪ್ರಯಾಣ ವೆಚ್ಚ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಹಂತದೊಂದಿಗೆ ಪ್ರಯಾಣ ವೆಚ್ಚವು ಹೆಚ್ಚಾಗಲು ಒಂದು ಕಾರಣವೆಂದರೆ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಸೌಲಭ್ಯವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಅವರು ಜಿಲ್ಲೆ ಅಥವಾ ತಾಲ್ಲೂಕು ಕೇಂದ್ರ ಕಚೇರಿಗೆ ಪ್ರಯಾಣಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯ ನಂತರದ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಜನರು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸಾರಿಗೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಹಣವನ್ನು ಇದಕ್ಕಾಗಿ ವ್ಯಯಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಹೆಚ್ಚಾಗಲು ಇದು ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಎಎನ್‌ಸಿ ಘಟಕ ವೆಚ್ಚ ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆ ಎಎನ್‌ಸಿ ಯ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚವೂ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

4.3.8 ಪ್ರಸೂತಿ ವೆಚ್ಚ

ಪ್ರಸೂತಿ ವೆಚ್ಚವು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತವಾಗಿದ್ದು, ಇದರಲ್ಲಿ ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರಿಗೆ ಔಪಚಾರಿಕ ಮತ್ತು ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳು, ಆಹಾರ ವೆಚ್ಚ, ಔಷಧಿ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸಿದ ಇತರ ವೆಚ್ಚಗಳು ಸೇರಿವೆ, ಇದು ಹೆರಿಗೆಯ ಸಂದರ್ಭದ ಸಾರಿಗೆಯನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಪ್ರಸವ ಪ್ರಕಾರ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಬಳಸಲಾದ ಸೌಲಭ್ಯದ ಪ್ರಕಾರವನ್ನು ಲೆಕ್ಕಿಸದೆ ಹೆರಿಗೆಗೆ ತಗಲುವ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚವು ರೂ. 10043 ಆಗಿದೆ, ಇದು ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ ಶೇಕಡಾ 53.18 ರಷ್ಟಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಜನರಿಗೆ ತಗಲಿದ ಸರಾಸರಿ ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚ 8442 ರೂ ಗಳಾಗಿದ್ದು, ಇದು ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ 57.56 ಶೇಕಡಾದಷ್ಟಿದೆ. ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ, ತಗಲುವ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿತ ವೆಚ್ಚಗಳು 17824 ರೂಗಳಾಗಿದ್ದು, ಇದು ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ 46.86 ಶೇಕಡಾವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.

ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ

ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚವು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ನಂತರದ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ, ಒಟ್ಟಾರೆ ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚವು 737 ರೂಗಳಾಗಿದ್ದು, ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ ನಾಲ್ಕು ಶೇಕಡಾದಷ್ಟಿದೆ. ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ ಜನರಿಗೆ ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ 601 ರೂಗಳಷ್ಟಿತ್ತು, ಇದು 4.10 ಶೇಕಡಾದಷ್ಟಾಗುತ್ತದೆ. ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಬಳಸಿದ ಜನರಿಗೆ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ 1408 ರೂಗಳಾಗಿದ್ದು, ಇದು ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ ಶೇಕಡಾ ನಾಲ್ಕರಷ್ಟಿದೆ.

4.3.9 ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚ

ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚವು ಎಎನ್‌ಸಿ, ಪ್ರಸವ ಮತ್ತು ಪಿಎನ್‌ಸಿ ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳಂತಹ ಎಲ್ಲಾ ಘಟಕಗಳಲ್ಲಿ ಆಗುವ ಖರ್ಚಿನ ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತವಾಗಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಆರೋಗ್ಯಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರಸವ ಪ್ರಕಾರವನ್ನು ಲೆಕ್ಕಿಸದೆ ತಗಲುವ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚವು 18654 ರೂಗಳಾಗಿದೆ. ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಜನರಿಗೆ ತಗಲುವ ಸರಾಸರಿ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚ 38037 ರೂಗಳು. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ತಗಲುವ ಸರಾಸರಿ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚ 14664 ರೂಪಾಯಿಗಳು. ಇಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರವನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ, ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೈಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸರಕು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳ ಖರೀದಿ ಮತ್ತು ಸರಕು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಖರೀದಿಸಲಾಗಿದೆ, ಬಳಸಿದ ಸಾರಿಗೆ ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ ಮೊತ್ತದಿಂದಾಗಿ ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಇವು ಸಾರಿಗೆ, ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚ, ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆ ನಡೆದ ಸಂಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳ ಆಧರಿಸಿವೆ. ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಎಲ್ಲಾನಾಲ್ಕು ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, ಅವರ ಸರಾಸರಿ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚ 10439 ರೂಗಳ ಬದಲು 4226 ರೂಗಳಾಗಿರುತ್ತದೆ, ಇದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿನ ತಗಲುವ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚ 14665 ರೂಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಕಡಿಮೆ ಆಗಿದೆ.

4.3.10 ಜಾತಿವಾರು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು

ಕೋಷ್ಟಕ 4.12 ಒಬಿಸಿ, ಎಸ್ಸಿ, ಎಸ್ಡಿ ನಡುವೆ ಮಾತೃತ್ವ ಸಂಬಂಧಿತ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಘಟಕಗಳು.

ಸಂಸ್ಥೆಗಳು	ಇತರೆ ಹಿಂದುಳಿದ ವರ್ಗಗಳು								
	ಸರ್ಕಾರಿ			ಖಾಸಗಿ			ಒಟ್ಟು		
ನಿಯತಾಂಕ ಗಳು	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ
ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ	1335	1027	1133-1537	2258	1491	1569-2947	1477	1153	1268-1686
ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ	635	622	571-699	722	597	615-829	656	616	601-711
ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕ	1367	1448	1116-1618	1534	1466	1075-1858	1399	1472	1187-1610
ಆಹಾರ	784	670	722-846	977	702	842-1112	820	680	763-876
ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಶುಲ್ಕ	1365	1414	1094-1637	1262	1529	430-2094	1354	1421	1096-1611
ಔಷಧಿಗಳು	3075	2977	2778-3372	4417	3484	3901-4933	3493	3202	3229-3758
ಇತರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ	2374	2360	1592-3156	5050	3270	3023-7077	2969	2785	2155-3783
ರೆಫರಲ್	4718	5346	3554-5882	5749	6320	3837-7660	5070	5693	4064-6076
ರೆಫರಲ್ ಸಾರಿಗೆ	1205	1444	888-1521	934	1725	419-1450	1110	1546	837-1383
ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್	1829	1104	1752-1905	2430	1244	2275-2586	1970	1166	1899-2041
ಠೈರಾಯ್ಡ್	530	497	439-621	610	788	382-838	553	593	461-644
ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	5727	5358	5418-6035	10100	9285	9009-11192	6573	6540	6235-6911
ಹರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	8288	7100	7879-8696	17819	12629	16335-19304	10132	9252	9653-10610
ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	636	708	595-677	1537	5976	832-2242	812	2734	670-954
ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	3768	3522	3565-3971	6970	11250	5647-8292	4388	6002	4077-4698
ಒಟ್ಟು ಹರಿಗೆ ಖರ್ಚು	14261	10148	13677-14846	38320	29755	38823-41818	18916	18553	17957-19875

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ									
ಸಂಸ್ಥೆಗಳು	ಸರ್ಕಾರಿ			ಖಾಸಗಿ			ಒಟ್ಟು		
	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ
ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ	1330	891	1006-1655	3156	1870	1934-4377	1774	1415	1324-2224
ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ	595	645	601-699	718	832	491-1064	642	665	547-738
ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕ	2408	2408	-19-4834	1778	1778	1026-2531	2250	7451	425-4076
ಆಹಾರ	747	619	655-839	944	669	682-1206	771	627	684-858
ಅನಾಪಚಾರಿಕ ಶುಲ್ಕ	811	1129	452-1170	2000	2179	-466-4466	898	1231	522-1275
ಔಷಧಿಗಳು	3693	4635	3014-4372	4212	3191	3123-5301	3774	4439	3176-4372
ಇತರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ	1711	1019	1045-2377	5000	5000		2040	1416	1162-2918
ರೆಫರಲ್	5357	7107	3067-7647	3050	5330	-643-6743	4947	6829	2951-6942
ರೆಫರಲ್ ಸಾರಿಗೆ	2022	4300	577-3467	1206	1613	152-2260	1851	3890	688-3014
ಸ್ಕ್ರಾನಿಂಗ್	1945	1157	1825-2065	2640	1354	2257-3023	2028	1202	1911-2145
ಧೈರಾಯ್ಡ್	568	501	425-711	440	479	144-737	546	495	417-674
ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	6778	6246	6192-7363	9950	7645	7965-11934	7144	6494	6571-7716
ಹರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	9016	8009	8265-9766	18464	11896	15376-21552	10106	9052	9308-10904
ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	617	688	552-682	1234	1817	762-1706	691	921	610-773
ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	4235	4010	3859-4611	7158	9287	4747-9569	4572	4989	4132-5012
ಒಟ್ಟು ಹರಿಗೆ ಖರ್ಚು	15862	10865	14844-16881	39133	31164	31042-47223	18548	16435	17098-19997

ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡ									
ಸಂಸ್ಥೆಗಳು	ಸರ್ಕಾರಿ			ಖಾಸಗಿ			ಒಟ್ಟು		
	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ
ನಿಯತಾಂಕಗಳು									
ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ	1507	1169	895-2120	2667	2517	-181-5514	1712	1452	1022-2402
ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ	594	543	433-754	933	663	558-1308	666	581	514-819
ವೈದ್ಯಕ ಶುಲ್ಕ	1833	1561	266-2501	1860	1590	1166-3054	1800	1536	1210-2390
ಆಹಾರ	752	727	582-892	624	531	355-922	729	696	581-877
ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಶುಲ್ಕ	1610	1665	578-2642				1610	1665	578-2642
ಔಷಧಿಗಳು	3609	3407	1720-4737	3732	3840	2480-5744	3644	3496	2665-4623
ಇತರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ	6000						6000		
ರೆಫರಲ್	2217	1511	1008-3425	5900	8747	-3998-15798	3444	4893	247-6641
ರೆಫರಲ್ ಸಾರಿಗೆ	1500	1056	500-500	500	0	655-2345	1100	942	516-1684
ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್	1947	1052	1734-2160	1910	986	1478-2342	1940	1037	1750-2131
ಥೈರಾಯ್ಡ್	438	357	251-625	666	553	181-1151	498	413	312-684
ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	6142	5545	5230-7054	10052	7758	6810-13294	6667	6012	5747-7587
ಹರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	7953	6822	13600-9075	16621	7229	6831-19642	9116	7468	7973-10259
ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	528	633	424-632	637	737	329-945	542	646	443-641
ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	4105	2854	3636-4575	5345	4529	3452-7237	4271	3142	3791-4752
ಒಟ್ಟು ಹರಿಗೆ ಖರ್ಚು	14328	10463	12607-16049	32914	16400	26061-39767	16821	13028	14828-18815

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಇತರ ಹಿಂದುಳಿದ ವರ್ಗ (ಒಬಿಸಿ) ದವರಿಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ತಗಲುವ ಸರಾಸರಿ ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ ರೂ. 5727 ರೂಪಾಯಿಗಳು ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿಗಳಿಗೆ ರೂಪಾಯಿ 6778 ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದವರಿಗೆ 6412 ರೂಪಾಯಿಗಳಾಗಿವೆ. ಸರಾಸರಿಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ವರ್ಗದವರು ಒಬಿಸಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಹಣವನ್ನು ಪಾವತಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೈಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸರಕು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸುವ ಅವರ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ, ಸರಕು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಲಾದ ಸಂಖ್ಯೆ, ಬಳಸಿದ ಸಾರಿಗೆಯ ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆಗಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ ಮೊತ್ತ ಕಾರಣವಾಗಿರಬಹುದು. ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚಗಳು ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ 40-43 ಶೇಕಡಾದಷ್ಟನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ.

ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಒಬಿಸಿ ವರ್ಗ ಮಾಡಿದ ಸರಾಸರಿ ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚ 6981 ರೂಪಾಯಿ ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಇದಕ್ಕಾಗಿ 7515 ರೂಪಾಯಿ ಹಾಗೂ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದವರು ಸರಾಸರಿ 6798 ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಒಬಿಸಿ ಮತ್ತು ಎಸ್‌ಸಿ ವರ್ಗಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸರಾಸರಿ ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರಿಗೆ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳ ಪ್ರಮಾಣ, ಖರೀದಿಸಿದ ಆಹಾರದ ವಿಧ, ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ಪಡೆಯಲು ಅರ್ಹತೆ ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ಸಿಗದಿದ್ದರೆ ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳಿಗೆ ಅಗತ್ಯ ವಸ್ತುಗಳ ಖರೀದಿ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆಗಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ ಮೊತ್ತದಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸದಿಂದಾಗಿ ಈ ಮೇಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಉಂಟಾಗಿರಬಹುದಾಗಿದೆ. ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ 47 ರಿಂದ 49 ಶೇಕಡಾದಷ್ಟಿದೆ. ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚಗಳು ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ ನಾಲ್ಕು ಶೇಕಡಾದಷ್ಟಿದೆ. ಒಬಿಸಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಭರಿಸಿದ ಸರಾಸರಿ ಮಾತೃತ್ವದ ಖರ್ಚು 14262 ರೂಪಾಯಿಗಳು. ಅದೇ ರೀತಿ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿಯವರು ರೂಪಾಯಿ 15863 ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜನಾಂಗದವರು ರೂ 14328 ಖರ್ಚನ್ನು ಭರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿಯವರು ಉಳಿದ ಎರಡು ವರ್ಗಗಳಿಗಿಂತ ಸ್ವಲ್ಪ ಹೆಚ್ಚಿನ ಹಣವನ್ನು ಪಾವತಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಸರಾಸರಿ ಮಾತೃತ್ವದ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಒಬಿಸಿ ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದ ನಡುವೆ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ 66 ರೂಪಾಯಿಗಳ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು. ಅದೇ ರೀತಿ ಒಬಿಸಿಯವರ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿಯೊಂದಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ 1600 ರೂಪಾಯಿಗಳಷ್ಟು ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ. ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರಿಗೆ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳ ಪ್ರಮಾಣ, ಖರೀದಿಸಿದ ಆಹಾರದ ವಿಧಗಳು, ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ಪಡೆಯಲು ಅರ್ಹರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ಸಿಗದಿದ್ದರೆ ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳಿಗೆ ಅಗತ್ಯ ವಸ್ತುಗಳ ಖರೀದಿಗೆ ಅವರು ಮಾಡಬೇಕಾಗಿರುವ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆಗಾಗಿ ಮಾಡಿದ ವೆಚ್ಚದ ಮೊತ್ತದಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸ ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿರಬಹುದು.

4.3.11 ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಸರಾಸರಿ

ಕೋಷ್ಟಕ 4.13 ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಸರಾಸರಿ

	ಸಾಮಾನ್ಯ				ಸಿಸೇರಿಯನ್			
	ಸರ್ಕಾರಿ		ಖಾಸಗಿ		ಸರ್ಕಾರಿ		ಖಾಸಗಿ	
ಜಿಲ್ಲೆ	ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಹಣದುಬ್ಬರವನ್ನು ಹೊಂದಿಸಲಾಗಿದೆ	ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಹಣದುಬ್ಬರವನ್ನು ಹೊಂದಿಸಲಾಗಿದೆ	ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಹಣದುಬ್ಬರವನ್ನು ಹೊಂದಿಸಲಾಗಿದೆ	ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಹಣದುಬ್ಬರವನ್ನು ಹೊಂದಿಸಲಾಗಿದೆ
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	7717	11371	11420	17194	13323	18596	18333	24161
ಬೆಳಗಾವಿ	4598	7163	10294	16305	12615	17652	18830	27507
ಬಳ್ಳಾರಿ	5517	8367	14087	19822	11976	16747	17167	26598
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	9987	14626	17000	25591	12621	19061	16452	30749
ಹಾವೇರಿ	5416	7951	8947	12375	11263	15461	18083	23867
ಭೌಗೋಳಿಕತೆ								
ಪ್ರಯಾಸಕರ ಸ್ಥಳ	5732	8261	11967	17954	10013	14565	17286	23547
ಗ್ರಾಮೀಣ	5933	8806	11248	17720	12637	18128	18270	26962
ನಗರ	6192	9522	11783	16295	12853	18197	17769	29065

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಜಾತಿ								
ಓಬಿಸಿ	5844	8812	11046	17208	12187	17105	18243	27023
ಎಸ್ ಸಿ	6410	9563	11547	17022	13510	20128	18480	30542
ಎಸ್ ಟಿ	5994	8714	15423	20000	11700	17033	15889	21616
ಹೆರಿಗೆಯ ಸ್ಥಳ								
ಪಿಹೆಚ್ ಸಿ	5611	8346						
ಸಿಹೆಚ್ ಸಿ	5595	8475			14721	19970		
ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ	5951	8973			12714	17956		
ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	6947	10463			11843	16784		
ಮೆಡಿಕಲ್ ಕಾಲೇಜು	10158	14014			12625	19283		

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಮಗುವಿಗೆ ಜನ್ಮ ನೀಡಲು ತಗಲುವ ವೆಚ್ಚವು ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರದ ಮೇಲೆ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ, ಕುಟುಂಬವು ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಗಿಂತ ದುಪ್ಪಟ್ಟು ಮೊತ್ತವನ್ನು ಖರ್ಚು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಗೆ ತಗಲುವ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚ 6003 ರೂಪಾಯಿಗಳು ಮತ್ತು ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆಗೆ 12478 ರೂಪಾಯಿಗಳು. ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಈ ವೆಚ್ಚ ರೂ 11496 ಮತ್ತು ರೂ 18209 ರಷ್ಟಿದೆ. ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚ ಸರಾಸರಿ 7717 ರೂಪಾಯಿ, ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ರೂ 4598, ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ ರೂ 5517 ಮತ್ತು ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ವೆಚ್ಚ (ರೂ 9987) ವನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿದೆ. ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚ ರೂ 5416. ನಗರ ನಿವಾಸಿಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಪಡೆಯುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚ ರೂ 6192, ಕಷ್ಟಕರ /ಕುಗ್ರಾಮ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಗ್ರಾಮೀಣ ನಿವಾಸಿಗಳಿಗೆ ತಗಲುವ ವೆಚ್ಚ ರೂ 5732. ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು, ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡ ಮತ್ತು ಇತರ ಹಿಂದುಳಿದ ಜಾತಿಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಗೆ ರೂ 500 ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಾವತಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅದೇ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚವು ವಿವಿಧ ಹಂತದ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳಲ್ಲಿ ಇದರ ವೆಚ್ಚ ರೂ 5611, ಸಿಎಚ್‌ಸಿ ಗಳಲ್ಲಿ ರೂ 5595, ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಯಲ್ಲಿ ರೂ 5951, ಜಿಲ್ಲಾಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ರೂ 6947 ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜಿನಲ್ಲಿ ರೂ 10158. ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಶ್ರೇಣಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿವೆ ಮತ್ತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಪಾವತಿಸುವ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳೂ ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.

ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆಗೆ ತಗಲುವ ವೆಚ್ಚ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಯ ದುಪ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ವಿಭಾಗದ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚ ರೂ 12478 ಆಗಿದೆ. ಸಿ-ಸೆಕ್ಷನ್ ದರಗಳು ರಾಜ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ಭೌಗೋಳಿಕ ಪ್ರದೇಶದಾದ್ಯಂತ ಸಣ್ಣ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳೊಂದಿಗೆ ಒಟ್ಟಾರೆ ನಿಗದಿತ ಸರಾಸರಿಗೆ ಹೋಲುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಇದರ ದರ ರೂ 1000. ಸಿ-ವಿಭಾಗಕ್ಕೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಖರ್ಚಾಗುತ್ತದೆ ಏಕೆಂದರೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸೌಲಭ್ಯ ಶುಲ್ಕಗಳು (ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಉಪಕರಣಗಳು, ಕಾರ್ಯಾಚರಣಾ ಸ್ಥಳ, ಇತ್ಯಾದಿ) ಮತ್ತು ಅರಿವಳಿಕೆ ನೀಡಬೇಕಾದುದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಖರ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಕಾಮೆಂಟ್‌ಗಳು ಸಿ-ವಿಭಾಗಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತವೆ.

ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳ ಬಳಕೆಗಾಗುವ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ಸಮಗ್ರವಾಗಿ ಅಳತೆ ಮಾಡುವ ಮಾಪನಕ್ಕೆ ಗ್ರಾಹಕ ಬೆಲೆ ಸೂಚ್ಯಂಕ (ಸಿಪಿಐ) ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸಿಪಿಐ ಬಳಸಿ ಹಣದುಬ್ಬರವನ್ನು ಅಳೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಸೂಚ್ಯಂಕದಲ್ಲಿನ ಶೇಕಡಾವಾರು ಬದಲಾವಣೆಯು ಆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಹಣದುಬ್ಬರದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ, ಅಂದರೆ, ಪ್ರತಿನಿಧಿಯು ಉಪಯೋಗಿಸಿದ ಸರಕುಗಳ ಬೆಲೆಗಳ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚಳವಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಆದಾಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ್ದರಿಂದ, ಹಣದುಬ್ಬರವನ್ನು ತಾಯಿಯ ಆರೈಕೆಯ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತುತ ಬೆಲೆಗಳಿಗೆ ಸರಿಹೊಂದಿಸಲಾಯಿತು. ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಪ್ರಸ್ತುತ ಬೆಲೆಗಳಿಗೆ ಪರಿವರ್ತಿಸಲು ಅನುಸರಿಸಿದ ವಿಧಾನವು ಪ್ರಸ್ತುತ ಬೆಲೆ = (ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಿಪಿಐ / ಉಲ್ಲೇಖ ವರ್ಷ ಸಿಪಿಐ) * ಖರ್ಚು ಎಂಬ ಸೂತ್ರವನ್ನು ಬಳಸುತ್ತಿತ್ತು. ನಾವು www.inflation.eu ನಿಂದ ರಾಷ್ಟ್ರ ಮಟ್ಟದ ಸಿಪಿಐ ಮಾಸಿಕ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು, ಸರ್ಕಾರದ ಮೂಲಗಳಿಂದ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದೇವೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಜೂನ್ 2014- ಮೇ 2015 ರ ಸಿಪಿಐ 6.10%. ಜೂನ್ 2015- ಮೇ 2016 ರ ಸಿಪಿಐ 6.10%. ಪ್ರಸ್ತುತ ಹಣದುಬ್ಬರ ದರವನ್ನು ಅಕ್ಟೋಬರ್ 2018 ರಿಂದ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ-ಅಕ್ಟೋಬರ್ 2019 7.62%. ಖರ್ಚಿನ ಹಣದುಬ್ಬರವನ್ನು ಸರಿಹೊಂದಿಸುವ ಮೂಲಕ, ಅಧ್ಯಯನವು ಸಂಭವಿಸಿದ ಖರ್ಚಿನ ಪ್ರಸ್ತುತ ಮೌಲ್ಯವನ್ನು ಯೋಜಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಬೆಲೆಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಗಳಿಗಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸರಾಸರಿ ರೂ 2622 ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಸೀರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆಗೆ ರೂ 4213 ನಿಂದ ಬದಲಾಗುತ್ತವೆ. ಜನನ ಕ್ರಮವು ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆ, ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ಆರೈಕೆ, ಸಾರಿಗೆ ಮತ್ತು ಒಟ್ಟಾರೆ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಗಳ ಖರ್ಚು ಕಡಿಮೆಯಾಯಿತು. ತಮ್ಮ ಎರಡನೇ ಮತ್ತು ಮೂರನೇ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸರಾಸರಿ ರೂ 18,000 ಅನ್ನು ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರು ಸರಾಸರಿ ರೂ 20000 ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಮೂರನೆಯ ಕ್ರಮಾನುಗತ ಜನನಕ್ಕೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳವಿದೆ, ಇದು ಮೂರನೇ ಮಗುವಿಗೆ ಯೋಜನೆಗಳು ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದ ಕಾರಣ ಇರಬಹುದು. ಎಎನ್‌ಸಿ, ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚ ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ಎರಡನೇ ಮಗುವಿಗೆ ಒಟ್ಟು ತಾಯಿಯ ಖರ್ಚು ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿನ ಕಡಿತವನ್ನು ನಾವು ನಿಜವಾಗಿ ನೋಡಬಹುದು. ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡನೇ ಮತ್ತು ಮೂರನೇ ಮಗುವಿನ ಜನನದ ಸ್ವಂತ ಲ್ಲಿನ ಖರ್ಚು 15.1% ಮತ್ತು 21.1% ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿನ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚವು ಎರಡನೇ ಮಗುವಿಗೆ 8.6% ಮತ್ತು ಮೂರನೇ ಮಗುವಿಗೆ 12% ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.14 ಜನನ ಕ್ರಮ ಪ್ರಕಾರ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಹೊರಗಿನ ಸರಾಸರಿ

1ನೇ ಜನನ									
ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ನಿಯತಾಂಕಗಳು	ಸರ್ಕಾರಿ			ಖಾಸಗಿ			ಒಟ್ಟು		
	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ವಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ವಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ವಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ
ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ	1195	1003	944-1447	2322	1750	1464-3179	1429	1269	1146-1713
ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ	632	627	556-707	711	620	581-841	651	626	586-717
ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕ	1449	1487	1171-1727	1426	1401	981-1872	1443	1461	1208-1679
ಆಹಾರ	723	668	649-797	937	695	784-1089	766	678	700-833
ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಶುಲ್ಕ	1247	1525	928-1565	1150	1299	345-1955	1237	1498	940-1533
ಔಷಧಿಗಳು	3261	4041	2806-3716	4250	3383	3621-4879	3527	3896	3151-3902
ಇತರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ	2646	2647	1629-3664	5600	3286	2719-8481	3123	2915	2096-4149
ರೆಫೆರೆಲ್	5066	5528	3655-6477	4736	6514	2365-7107	4957	5836	3738-6177
ರೆಫೆರೆಲ್ ಸಾರಿಗೆ	1292	1424	928-1655	1150	2106	396-1904	1244	1674	896-1592
ಸ್ಮಾನ್ರಿಂಗ್	1868	1083	1781-1955	2516	1285	2313-2719	2001	1157	1918-2084
ಧೈರಾಯ್ಡ್	551	461	459-644	481	299	380-581	533	424	459-606
ಎವನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	6286	5682	5897-6675	9999	8198	8791-11206	6945	6359	6551-7340
ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	8917	7476	8405-9428	18679	12646	16816-20542	10650	9389	10067-11233
ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	670	728	620-720	992	3837	427-1557	729	1768	619-839
ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	4060	3629	3812-4308	7028	10991	5409-8647	4587	5784	4228-4946
ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚು	15398	10595	14672-16123	38918	29356	34593-43242	19573	18040	18453-20693

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

2ನೇ ಜನನ									
ಸಂಸ್ಥೆಗಳು	ಸರ್ಕಾರಿ			ಖಾಸಗಿ			ಒಟ್ಟು		
ನಿಯತಾಂಕಗಳು	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ
ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ	1423	1106	1123-1724	2640	1702	1585-3695	1623	1288	1302-1943
ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ	632	648	541-723	730	618	576-884	656	641	577-734
ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕ	2537	7883	491-4584	1553	1636	1033-2073	2143	6189	899-3388
ಆಹಾರ	817	661	734-900	968	711	782-1154	845	672	769-921
ಅನಾಪಚಾರಿಕ ಶುಲ್ಕ	1301	1141	956-1646	1817	2099	137-3496	1365	1279	1004-1727
ಔಷಧಿಗಳು	3149	2871	2760-3538	4222	3495	3511-4932	3479	3111	3128-3830
ಇತರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ	1943	1331	1246-2640	4900	3435	1889-7911	2721	2386	1648-3794
ರೆಫರಲ್	4640	6709	2680-6600	6210	6386	3411-9009	5123	6602	3518-6728
ರೆಫರಲ್ ಸಾರಿಗೆ	1233	1459	802-1664	778	837	428-1128	1081	1297	768-1394
ಸ್ಕ್ರೀನಿಂಗ್	1873	1131	1769-1978	2273	1208	2061-2485	1961	1159	1866-2056
ಝೆರಾಯ್ಡ್	538	548	393-683	738	1118	270-1205	595	753	427-763
ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	5730	5365	5311-6149	10171	9947	8546-11795	6556	6687	6085-7027
ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	8129	7072	7576-8681	16518	11736	14601-18435	9689	8767	9072-10307
ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	605	685	551-658	2019	7149	847-3190	870	3198	645-1096
ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	3766	3636	3482-4050	6684	10593	4954-8414	4309	5728	3905-4712
ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚು	14094	9893	13321-14866	36576	29134	31817-41334	18276	17700	17029-19523

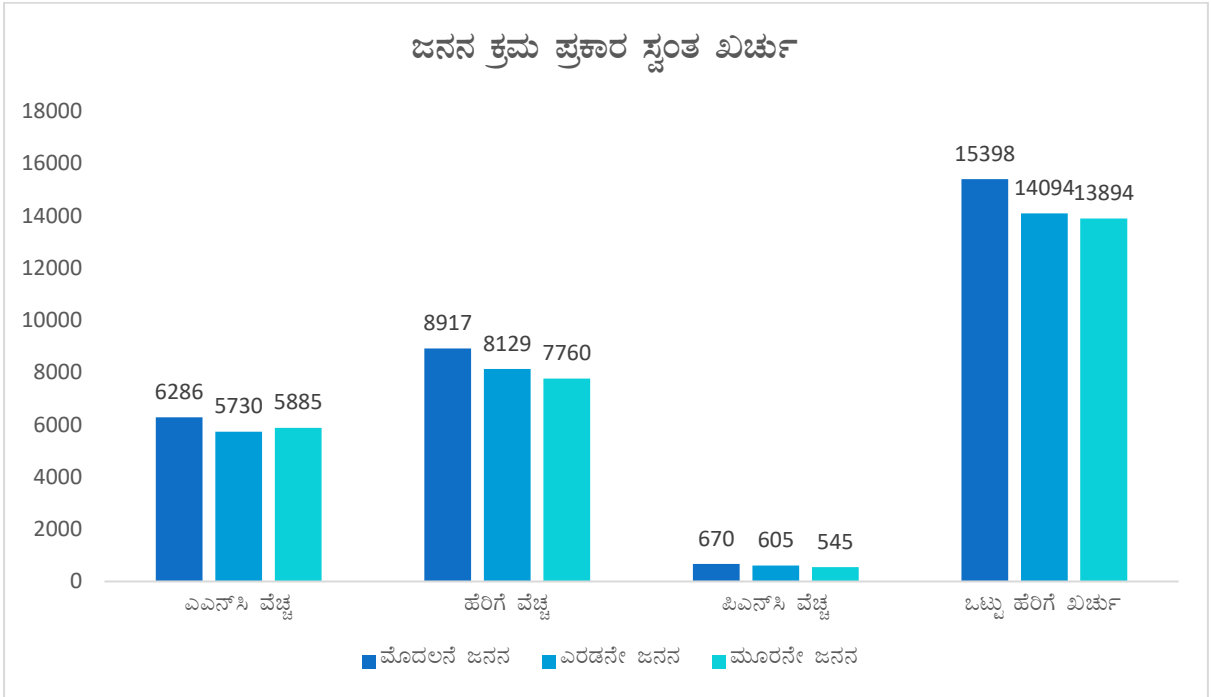
3 ನೇ ಜನನ									
ಸಂಸ್ಥೆಗಳು	ಸರ್ಕಾರಿ			ಖಾಸಗಿ			ಒಟ್ಟು		
ನಿಯತಾಂಕಗಳು	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ
ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ	1640	892	1259-2022	3167	1893	1025-5309	1831	1127	1380-2282
ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ	584	542	453-715	1050	681	716-1384	675	597	546-804
ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕ	1010	933	610-1409	2350	1863	241-4459	1177	1124	727-1627
ಆಹಾರ	812	643	687-938	700	277	495-905	805	626	687-923
ಅನಾಪಚಾರಿಕ ಶುಲ್ಕ	1087	1114	586-1588				1087	1114	586-1588
ಔಷಧಿಗಳು	3786	3628	2911-4662	5736	3808	3741-7730	4128	3711	3314-4941
ಇತರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ	1667	2082	-689-4022				1667	2082	-689-4022
ರೆಫೆರಲ್	5508	5261	2648-8367	5500	4123	1459-9541	5506	4893	3180-7832
ರೆಫರಲ್ ಸಾರಿಗೆ	1241	974	637-1845	350	443	-85-785	986	937	496-1477
ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್	1870	1169	1685-2055	2522	1218	2054-2990	1962	1194	1787-2136
ಧೈರಾಯ್ಡ್	575	450	378-772	650	681	-17-1317	588	478	396-779
ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	5885	6116	5081-6690	9747	8348	6654-12839	6318	6500	5512-7123
ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	7760	6922	6850-8671	19629	12803	14887-24371	9089	8624	8020-10158
ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	545	635	461-628	1284	2207	451-2116	624	957	505-743
ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	3909	3613	3434-4384	7392	9955	3704-11079	4299	4852	3697-4900
ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚು	13894	10766	12478-15310	42253	33125	29983-54522	17070	17383	14915-19225

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಜನನ ಕ್ರಮವು ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆ, ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ಆರೈಕೆ, ಸಾರಿಗೆ ಮತ್ತು ಒಟ್ಟಾರೆ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಗಳ ಖರ್ಚು ಕಡಿಮೆಯಾಯಿತು. ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರು, ತಮ್ಮ ಎರಡನೇ ಮಗುವನ್ನು ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಸರಾಸರಿ ರೂ 20000 ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಸರಾಸರಿ ಮಗುವಿಗೆ ರೂ 18,000 ಮತ್ತು ಮೂರನೇ ಮಗುವಿಗೆ ರೂ 17,000 ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಮೊದಲ ಜನ್ಮಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಮೂರನೆಯ ಕ್ರಮಾನುಗತ ಜನನಕ್ಕೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ರೂ 3,000 ರಷ್ಟು ಕಡಿತವಿದೆ. ಎಎನ್‌ಸಿ, ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚ, ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ಎರಡನೇ ಮಗು ಮತ್ತು ಮೂರನೇ ಮಗುವಿಗೆ ಒಟ್ಟು ತಾಯಿಯ ಖರ್ಚು ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿನ ಕಡಿತವನ್ನು ನಾವು ನಿಜವಾಗಿ ನೋಡಬಹುದು. ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡನೇ ಮತ್ತು ಮೂರನೇ ಮಗುವಿನ ಜನನದ ಸ್ವಂತ ಲ್ಲಿನ 15.1% ಮತ್ತು 21.1% ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿನ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚವು ಎರಡನೇ ಮಗುವಿಗೆ 8.6% ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಮೂರನೇ ಮಗುವಿಗೆ 9.77% ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಿರುವ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಕೆಳಗಿನ ಗ್ರಾಫ್‌ನಲ್ಲಿ ಚಿತ್ರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಚಿತ್ರ 4.6 ಜನನ ಕ್ರಮದಿಂದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು



ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

4.3.12 ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ ವಿವಿಧ ಖರ್ಚು

ಕೋಷ್ಟಕ 4.15 ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ವಿಧಗಳು

ವರ್ಗದ ವೆಚ್ಚ	ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	ಬೆಳಗಾವಿ	ಬಳ್ಳಾರಿ	ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	ಹಾವೇರಿ	ಒಟ್ಟು
<500	2	1		1	2	6
	0.79	0.19	0.00	0.41	0.52	0.35
500 ರಿಂದ 1500	7	13		1	2	23
	2.76	2.47	0.00	0.41	0.52	1.32
1500 ರಿಂದ 3000	11	27	6	4	7	55
	4.33	5.12	1.80	1.65	1.83	3.16
3000 ರಿಂದ 4500	21	72	31	10	14	148
	8.27	13.66	9.28	4.13	3.66	8.51
4500 ರಿಂದ 6000	17	58	17	4	27	123
	6.69	11.01	5.09	1.65	7.07	7.07
6000 ರಿಂದ 7500	26	44	23	8	40	141
	10.24	8.35	6.89	3.31	10.47	8.11
7500 ರಿಂದ 9000	10	36	22	9	79	156
	3.94	6.83	6.59	3.72	20.68	8.97
9000 ರಿಂದ 10500	17	25	22	7	51	122
	6.69	4.74	6.59	2.89	13.35	7.02
10500 ರಿಂದ 12000	13	37	33	4	44	131
	5.12	7.02	9.88	1.65	11.52	7.53
12000 ರಿಂದ 13500	10	22	26	20	34	112
	3.94	4.17	7.78	8.26	8.90	6.44
13500 ರಿಂದ 15000	17	26	25	16	20	104
	6.69	4.93	7.49	6.61	5.24	5.98
15000 ರಿಂದ 16500	11	15	14	7	12	59
	4.33	2.85	4.19	2.89	3.14	3.39
16500 ರಿಂದ 18000	7	13	17	18	10	65
	2.76	2.47	5.09	7.44	2.62	3.74
18000 ರಿಂದ 19500	6	9	12	8	5	40
	2.36	1.71	3.59	3.31	1.31	2.30
>19500	79	129	86	125	35	454
	31.10	24.48	25.75	51.65	9.16	26.11
ಒಟ್ಟು	254	527	334	242	382	1739

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

0.35% ಜನರು ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ರೂ 500 ರೂಪಾಯಿಗಳಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಹೊಂದಿದ್ದರು. 1.32% ಜನರು ಒಟ್ಟು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ರೂ 500 ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಮತ್ತು ರೂ 1500 ವರೆಗೆ ಹೊಂದಿದ್ದರು. ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಖರ್ಚುಗಾಗಿ 3.16% ಜನರು ರೂ 1500 ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ರೂ 3000 ವರೆಗೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಿಂದ 8.51% ಜನರು ರೂ 3000 ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ರೂ 4500 ವರೆಗೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಖರ್ಚುಗಳಿಗಾಗಿ 7% ಜನರು ರೂ 4500 ರಿಂದ ರೂ 6000 ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. 20.4% ಜನರು ತಮ್ಮ ಜೀವನದ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದವರೆಗೆ ರೂ 6000 ವರೆಗೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಇನ್ನೂ 24% ಜನರು ರೂ 6000 ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ರೂ 10500 ವರೆಗೆ ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, 45% ಜನರು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಖರ್ಚುಗಳಿಗಾಗಿ ರೂ 10,500 ವರೆಗೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಮತ್ತೊಂದು 26.59% ಜನರು ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ರೂ 10000 ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ರೂ. 18000 ವರೆಗೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ 71.59% ಜನರು ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ರೂ. 18000 ವರೆಗೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಉಳಿದ 28.41% ಜನರು ರೂ. 18000 ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು.

4.3.13 ಅಸಾಧಾರಣ/ವಿಕೋಪ ವೆಚ್ಚ

ಕೋಷ್ಟಕ 4.16 ಅಸಾಧಾರಣ/ವಿಕೋಪ ವೆಚ್ಚ

ಜಾತಿ	ಇಲ್ಲ	ಶೇಕಡವಾರು	ಹೌದು	ಶೇಕಡವಾರು	ಒಟ್ಟು
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1				1
ಒಬಿಸಿ	492	42	667	58	1159
ಎಸ್ ಸಿ	137	31	300	69	437
ಎಸ್ ಟಿ	47	33	95	67	142
ಒಟ್ಟು	677	39	1062	61	1739
ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	ಇಲ್ಲ	ಶೇಕಡವಾರು	ಹೌದು	ಶೇಕಡವಾರು	
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	142	56	112	44	254
ಬೆಳಗಾವಿ	275	52	252	48	527
ಬಳ್ಳಾರಿ	72	22	262	78	334
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	73	30	169	70	242
ಹಾವೇರಿ	115	30	267	70	382
ಒಟ್ಟು	677	39	1062	61	1739
ಭೌಗೋಳಿಕತೆ	ಇಲ್ಲ	ಶೇಕಡವಾರು	ಹೌದು	ಶೇಕಡವಾರು	
ದುಸ್ಥರ ಸ್ಥಳ	58	29	139	71	197
ಗ್ರಾಮೀಣ	376	41	541	59	917
ನಗರ	243	39	382	61	625
ಒಟ್ಟು	677	39	1062	61	1739
ಸಂಪತ್ತಿನ ಭಾಗಗಳು	ಇಲ್ಲ	ಶೇಕಡವಾರು	ಹೌದು	ಶೇಕಡವಾರು	
I	45	33	92	67	137
II	247	38	409	62	656
III	327	41	479	59	806
IV	48	50	48	50	96
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	10	23	34	77	44
ಒಟ್ಟು	677	39	1062	61	1739

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯದ 10% ವನ್ನು ಮೀರಿದ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಅಸಾಧಾರಣ ವೆಚ್ಚ/ವಿಕೋಪದ ವೆಚ್ಚವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, 39% ಜನರು ದುರಂತ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ, ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಕುಟುಂಬಗಳು (61%) ದುರಂತ

ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ. ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಸಂಖ್ಯೆ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ. ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ, 44% ರಷ್ಟು ದುರಂತ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ಬೆಳಗಾವಿ 48% ರಷ್ಟಿದ್ದರೆ, 78% ಜನರು ಅಸಾಧಾರಣ ಖರ್ಚನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ಬಳ್ಳಾರಿ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು, ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು ಮತ್ತು ಹಾವೇರಿ 70% ನಷ್ಟಿದೆ. ಕಡಿಮೆ ಆಸ್ತಿ ಹೊಂದಿರುವ 77% ಜನರು ಮಾತ್ರವೇ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ.

4.3.14 ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗಾಗಿ ಹಿಂಜರಿತ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ (ರಿಗ್ರೆಶನ್ ಅನಾಲಿಸಿಸ್)

ಹಿಂಜರಿತ ಮಾದರಿಯನ್ನು (ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ವಿತರಿಸಿದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ) ಒಟ್ಟು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಇತರ ಸ್ವತಂತ್ರ ಅಸ್ಥಿರಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧದ ಬಲವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಜನನ ಆದೇಶ, ಕುಟುಂಬದ ಗಾತ್ರ, ಹೆರಿಗೆಯ ಸ್ಥಳ, ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದ ಸಮರ್ಪಕತೆ, ಔಷಧಿ ಖರೀದಿ, ಸ್ಕಾನಿಂಗ್, ವಾಸಿಸುವ ಸ್ಥಳ, ತೊಡಕು, ಧರ್ಮ, ಜಾತಿ, ಪ್ರತಿವಾದಿಯ ಶಿಕ್ಷಣ, ಮತ್ತು ಸಂಪತ್ತು ಸೂಚ್ಯಂಕ ವಿಭಾಗಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ. ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತದೊಂದಿಗೆ ಸ್ವತಂತ್ರ ಅಸ್ಥಿರಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಇದರ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿತ್ತು. ಪಾಕೆಟ್ ಖರ್ಚಿನ ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತದೊಂದಿಗೆ ಸ್ವತಂತ್ರ ಅಸ್ಥಿರಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಇದರ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿತ್ತು.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.17 ಹಿಂಜರಿತ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ

ಮೂಲ	ಎಸ್ ಎಸ್	ಡಿಎಫ್ ಎಂ ಎಸ್	ಆಬ್ ಸಂಖ್ಯೆ	2048		
ಮಾದರಿ	2.9971ಇ+11	54	5.5501ಇ+09	ಎಫ್(54,1993)		
ಉಳಿಕೆ	3.4534ಇ+11	1993	173276543	32.03		
				ಪ್ರೋಬ್ > ಎಫ್		
				0.0000		
				ಆರ್-ಸ್ಕೋರ್		
ಒಟ್ಟು	6.4505ಜ+11	2047	315118108	0.4646		
				ಆಡ್ಡ್ ಆರ್-ಸ್ಕೋರ್		
				0.4501		
				ರೂಟ್ ಎಂಎಸ್ಇ		
				13163		
ಒಟ್ಟು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು		ಶೋಫ್	ಎನ್‌ಬಿಡಿ.	ಟಿ	ಪು> / ಟಿ /	[95 ಕಾನ್. ಮಧ್ಯಂತರ]
ಕುಟುಂಬ- ಗಾತ್ರ	-390.1007	159.5706	-2.44	0.015	-703.0434	-77.15811
ಹುಟ್ಟಿನ-ಕ್ರಮ	233.7945	367.3105	0.64	0.525	-486.5583	954.1473
ಹೆರಿಗೆ ಸ್ಥಳ						

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಗರ್ಭಪಾತ	-5213.565	13439.09	-0.39	0.698	-31569.71	21142.58
ಮನೆ ಹೆರಿಗೆ	-740.6955	5504.693	-0.13	0.893	-11536.25	10054.86
ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯ	16906.26	1018.55	16.6	0	14908.73	18903.79
ಹೆರಿಗೆ ಸ್ಥಳ						
ಗರ್ಭಪಾತ	0					
ಸಿಹೆಚ್ ಸಿ	1880.915	1130.428	1.66	0.096		-336.0294
ಡಿಎಚ್	-62.37386	947.7995	-0.07	0.948	-1921.156	1796.408
ವೈದ್ಯಕೀಯ_ಕಾಲೇಜ್	886.2804	2553.492	0.35	0.729	-4121.513	5894.073
ಪಿಹೆಚ್ ಸಿ	1298.55	925.2675	1.4	0.161	-516.0431	3113.143
ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯ	0					
ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯ	-1492.562	2239.457	-0.67	0.505	-5884.484	2899.36
ಹೆರಿಗೆಯ _ವಿಧ						
ಸಾಮಾನ್ಯ	-9783.353	787.6972	-12.42	0	-11328.15	-8238.557
ಸಮರ್ಪಕ _ ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ	-3268.132	1122.205	-2.91	0.004	-5468.95	-1067.313
ಹೌದು						
ಔಷಧಿ	4614.192	718.4722	6.42	0	3205.157	6023.227
ಹೌದು						
ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್	-1413.659	805.455	-1.76	0.079	-2993.281	165.9633
ಹೌದು						
ಥೈರಾಯ್ಡ್	226.1246	1026.367	0.22	0.826	-1786.739	2238.989
ಹೌದು						
ಯುಪಿಟಿ	581.8237	727.4734	0.8	0.424	-844.8644	2008.512
ಹೌದು						

ವೈದ್ಯರು_ಶುಲ್ಕ	4548.06	1020.169	4.46	0	2547.351	6548.769
ಹೌದು						
ಇನ್ ಕ್ಯೂಡ್ _ಪಾವತಿ	-1185.754	1189.09	-1	0.319	-3517.743	1146.235
ಹೌದು						
ಆಹಾರ _ ಖರ್ಚು	23657.31	6741.943	3.51	0	10435.31	36879.3
ಮಾಹಿತಿ_ಇಲ್ಲ						
ಹೌದು	958.0806	685.8735	1.4	0.163	-387.0236	2303.185
ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ	4471.732	1122.38	3.98	0	2270.571	6672.892
ಹೌದು						
ರಕ್ತ ಪರಿೀಕ್ಷೆ	-674.4544	9490.288	-0.07	0.943	-19286.38	17937.47
ಮಾಹಿತಿ_ಇಲ್ಲ						
ಹೌದು	3033.05	778.8901	3.89	0	1505.526	4560.574
ಇತರೆ_ಅನಾರೋಗ್ಯ	-7450.711	5953.902	-1.25	0.211	-19127.23	4225.813
ಮಾಹಿತಿ_ಇಲ್ಲ						
ಹೌದು	6821.685	1905.945	3.58	0	3083.831	10559.54
ರೆಫೆರೆಲ್	-3617.183	7718.907	-0.47	0.639	-18755.16	11520.79
ಮಾಹಿತಿ_ಇಲ್ಲ						
ಹೌದು	7233.539	1125.327	6.43	0	5026.598	9440.479
ಹೋಟೆಲ್ - ವಾಸ್ತವ್ಯ	-2146.985	13256.77	-0.16	0.871	-28145.56	23851.6
ಮಾಹಿತಿ_ಇಲ್ಲ						
ಹೌದು	5902.926	2127.289	2.77	0.006	1730.983	10074.87
ಉಳಿತಾಯ	1.562805	724.4375	0	0.998	-1419.171	1422.297
ನಿಜ						

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಬಡ್ಡಿ - ಸಾಲ	4677.741	731.7188	6.39	0	3242.727	6112.755
ನಿಜ						
ಸಾಲ - ಬಡ್ಡಿ ಇಲ್ಲ	-752.5166	969.6458	-0.78	0.438	-2654.142	1149.109
ನಿಜ						
ಹೆಂಡತಿ-ಮನೆ	985.7286	762.4497	1.29	0.196	-509.5534	2481.011
ನಿಜ						
ಇತರೆ-ಸಂಬಂಧಿಕರು	-381.7489	945.4433	-0.4	0.686	-2235.91	1472.412
ನಿಜ						
ದಾನಿಗಳು	-692.4012	3640.059	-0.19	0.849	-7831.121	6446.318
ನಿಜ						
ಎನ್ ಜಿ ಓ	-6358.626	3883.674	-1.64	0.102	-13975.11	1257.862
ನಿಜ						
ಇತರೆ	-3931.289	2460.922	-1.6	0.11	-8757.538	894.9607
ನಿಜ						
ಶಿಕ್ಷಣ	-555.2986	1236.929	-0.45	0.654	-2981.108	1870.511
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ						
ಪದವಿ	4989.569	2175.301	2.29	0.022	723.4666	9255.672
ಪ್ರೌಢ	386.6104	1237.315	0.31	0.755	-2039.956	2813.177
ಪ್ರಾಥಮಿಕ	-904.5795	1179.464	-0.77	0.443	-3217.691	1408.532
ಪಿಯುಸಿ-ಡಿಪ್ಲೋಮಾ	554.1649	1385.386	0.4	0.689	-2162.792	3271.122
ತೊಡಕು	549.953	1391.071	0.4	0.693	-2178.153	3278.059
ಹೌದು						
ಜಾತಿ	-16554.89	9389.812	-1.76	0.078	-34969.76	1859.99

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ * ಲಾಜಿಸ್ಟಿಕ್ ರಿಗ್ರೆಷನ್ ಮಾದರಿಯು ಕೊಲ್ಕತ್ತಾರಿಟಿಯಿಂದಾಗಿ ಕೆಲವು ಅಪಲೋಕನಗಳನ್ನು ಬಿಟ್ಟುಬಿಟ್ಟಿದೆ.

ನಿರ್ಣಯ: ಮೇಲಿನ ಸೌಲಭ್ಯದಿಂದ ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಮಾಡಿದ್ದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಗಳು ಸಮರ್ಪಕವೆಂದು ಹೇಳಿದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು, ಔಷಧಿಗಳ ಖರೀದಿ, ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ಪಾವತಿಸುವುದು, ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ ಮಾಡಿರುವುದು, ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಸುವುದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿದೆ , ಇತರ ಕಾಯಿಲೆ, ರೆಫೆರೆಲ್, ಬಡ್ಡಿ ಹಣವನ್ನು ಎರವಲು ಪಡೆಯುವುದು, ಮತ್ತು ಪದವಿ ಪಡೆದ ಜನರು ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಮೊದಲ ಸಂಪತ್ತು ವರ್ಗಕ್ಕೆ ಸೇರಿರುವ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು II, III, IV ನಂತರ ಇತರ ಹಂತಗಳಿಗೆ ಸೇರಿದವರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ.

4.3.15 ಬೆಲೆಗಳ ಸಂಬಂಧ

ಚಿತ್ರ 4.7 ಸಾಪೇಕ್ಷ ಬೆಲೆಗಳು (ಜಿಲ್ಲಾವಾರು)

	ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	ಬೆಳಗಾವಿ	ಬೆಳಗಾವಿ1	ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	ಹಾವೇರಿ
ಹೆರಿಗೆಯ ಖರ್ಚು	1	2	2	2	2
ರೆಫೆರೆಲ್	2	6	3	3	3
ಎವಿನ್‌ಸಿ ಖರ್ಚು	3	2	2	3	3
ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕ	4	11	14	12	9
ಸಾರಿಗೆ ಖರ್ಚು	5	4	3	4	3
ಇತರೆ ರೋಗಗಳು	5	6	5	13	15
ಔಷಧಿಗಳು	6	4	4	6	4
ಸ್ಯಾನಿಂಗ್	10	6	8	11	7
ಬೇರೆ ರೀತಿಯ ಪಾವತಿಗಳು	10	18	12	15	11
ಸಾರಿಗೆಯ ರೆಫೆರೆಲ್	12	16	16	10	2
ರಕ್ತ ಕೊಡಿಸಲು	14	8	12	19	7
ಆಹಾರ	24	16	24	19	24
ಪಿಎನ್‌ಸಿ ಖರ್ಚು	27	23	30	26	16
ಡೈರಾಯಡ್	33	35	27	32	22
ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ	35	19	40	29	24

ಯಾವುದೇ ಎರಡು ಬೆಲೆಗಳ ನಡುವಿನ ಅನುಪಾತದ ಪ್ರಕಾರ ಸಾಪೇಕ್ಷ ಬೆಲೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಬಹುದು. ಸರಾಸರಿ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸೇವೆಯ ಸರಾಸರಿ ಬೆಲೆ ಅಥವಾ ಸರಕು ಮತ್ತು ಸೇವೆಯ ಖರೀದಿಯಿಂದ ಭಾಗಿಸಿ ಸಾಪೇಕ್ಷ ಬೆಲೆಯನ್ನು ಲೆಕ್ಕಹಾಕಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

- ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳು: ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚವು ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಿಂತ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.
- ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚವು ರೆಫರಲ್ ವೆಚ್ಚದ 2-3 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಬೆಳಗಾವಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚವು ಟಿಎಂಇ ಗಿಂತ 6 ಪಟ್ಟು, ಒಟ್ಟು ಟಿಎಂಇ ಯು ಎಎನ್‌ಸಿಗಿಂತ 3 ಪಟ್ಟು, ಅಂದರೆ ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ $\frac{1}{2}$ ಅಥವಾ ಟಿಎಂಇ ಯ $\frac{1}{3}$.
- ಟಿಎಂಇ ಸರಾಸರಿ ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕಕ್ಕಿಂತ 9 ಪಟ್ಟು, ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಟಿಎಂಇ ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕದ 4 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿದೆ ಮತ್ತು ಇದು ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ 14 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಇದೆ.
- ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚದ ಪಾಲು $\frac{1}{4}$ ಭಾಗದಷ್ಟಿದೆ.
- ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದರೆ, ಅವರು ಸರಾಸರಿ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚಿನ $\frac{1}{6}$ ದಷ್ಟು ಖರ್ಚು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.
- ಸರಾಸರಿ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆ ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಸೇವಿಸುವ ವಿವಿಧ ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕ ಔಷಧಾಹಾರಕ್ಕೆ $\frac{1}{4}$ ನೇ ರಷ್ಟು ವ್ಯಯಿಸುತ್ತಾರೆ.
- ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಸರಾಸರಿ 2 ಸ್ಕ್ಯಾನ್‌ಗಳು ಸೇರಿ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ $\frac{1}{8}$ ರಷ್ಟು ಖರ್ಚಾಗುತ್ತದೆ.
- ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚವು ವಿವಿಧ ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರಿಗೆ ಮಾಡಿದ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳ ಸರಾಸರಿ 12 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.
- ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚವು ರೆಫರಲ್ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಿಂತ 10 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು.
- ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚವು ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆಯ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಿಂತ 11 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.
- ಆಹಾರ ವೆಚ್ಚವು ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ $\frac{1}{20}$ ಆಗಿದೆ. ಅಂದರೆ, ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವವೆಚ್ಚ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅವಧಿಯ ಸರಾಸರಿ ಆಹಾರ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಿಂತ 20 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.
- ಸರಾಸರಿ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವದ ವೆಚ್ಚ ಒಟ್ಟು ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷಾ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಿಂತ 24 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.
- ಸರಾಸರಿ ಥೈರಾಯ್ಡ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ವೆಚ್ಚ, ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿ ಮಾತೃತ್ವದ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಿಂತ 28 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ.
- ಸರಾಸರಿ ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚಗಳು ಸರಾಸರಿ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಿಂತ 24 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ.

ಚಿತ್ರ 4.8 ಚಾತಿವಾರು ಸಾಪೇಕ್ಷ ಬೆಲೆಗಳು

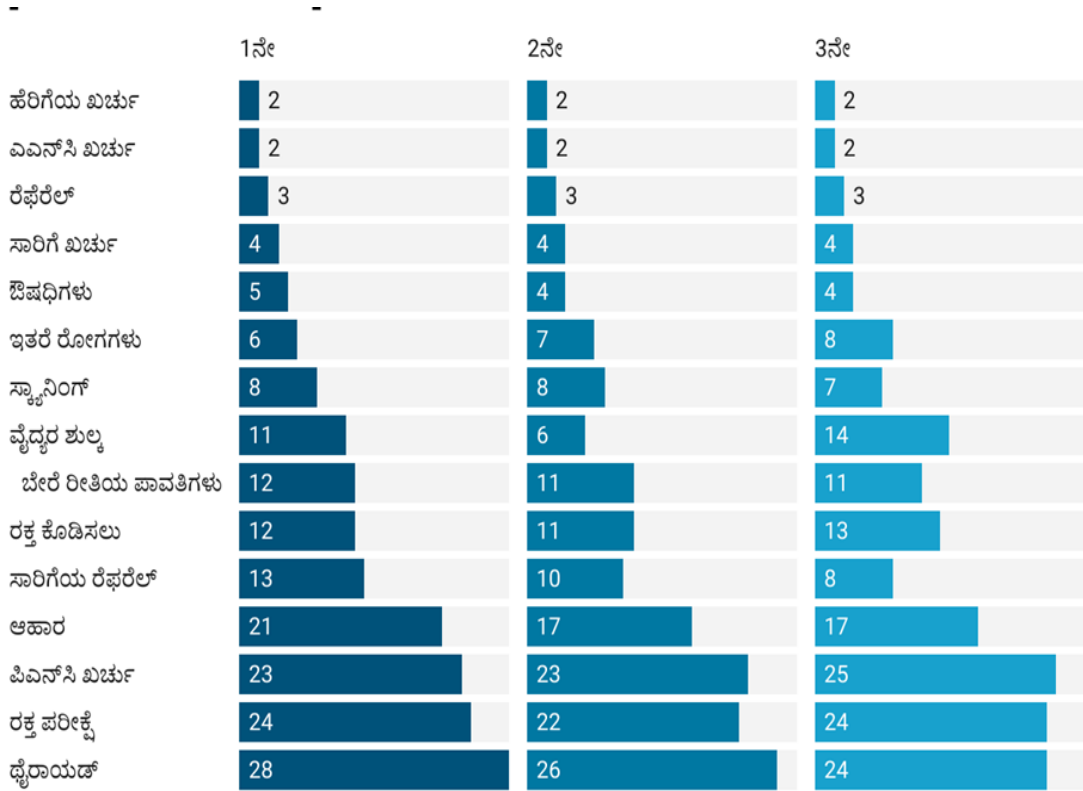
	ಒಬಿಸಿ	ಎಸ್ ಸಿ	ಎಸ್ ಟಿ
ಹೆರಿಗೆಯ ಖರ್ಚು	2	2	2
ಎಎನ್‌ಸಿ ಖರ್ಚು	2	2	2
ರೆಫರೆಲ್	3	3	6
ಸಾರಿಗೆ ಖರ್ಚು	4	4	3
ಔಷಧಿಗಳು	5	4	4
ಇತರೆ ರೋಗಗಳು	6	9	2
ಸ್ಯಾನಿಂಗ್	8	8	7
ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕ	10	7	8
ಬೇರೆ ರೀತಿಯ ಪಾವತಿಗಳು	10	20	9
ರಕ್ತ ಕೊಡಿಸಲು	11	12	10
ಸಾರಿಗೆಯ ರೆಫರೆಲ್	12	8	10
ಆಹಾರ	18	21	19
ಪಿಎನ್‌ಸಿ ಖರ್ಚು	22	26	27
ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ	22	27	24
ಥೈರಾಯಡ್	27	28	33

- ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳು: ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚವು ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಿಂತ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.
- ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚವು ಒಟ್ಟಾರೆ ಮಾತೃತ್ವ ಖರ್ಚುಗಳಿಗಿಂತ 2 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.
- ರೆಫರೆಲ್ ವೆಚ್ಚ ಕ್ಷಿಂತ್ರ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚು 3 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು. ಅನುಸೂಚಿತ ಪಂಗಡದವರಿಗೆ ಇದು ಟಿಎಂಇಗಿಂತ 6 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.
- ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ಮಾತೃತ್ವ ಖರ್ಚುಗಿಂತ 1/4 ಆಗಿದೆ. ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಿಂತ ಮಾತೃತ್ವದ ಖರ್ಚು ಅನುಸೂಚಿತ ಪಂಗಡಗಳಲ್ಲಿ 3 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.
- ಎಸ್‌ಸಿ / ಎಸ್‌ಟಿ ಗಳಲ್ಲಿ ಸರಾಸರಿ ಔಷಧಿ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಸರಾಸರಿ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚವು 4 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಒಬಿಸಿಯಲ್ಲಿ 5 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

- ಸರಾಸರಿ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಖರ್ಚಾಗುವ ಹಣ ಒಬ್ಬಿಗೆ 6 ಪಟ್ಟು, ಎಸ್‌ಸಿಗೆ 9 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ಮತ್ತು ಇತರ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಸರಾಸರಿ ಖರ್ಚಿಗಾಗಿ ಎಸ್‌ಟಿಗೆ 2 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.
- ಸರಾಸರಿ ರೆಫರಲ್ ವೆಚ್ಚಗಳು ಒಬ್ಬಿಯ ಸರಾಸರಿ ಮಾತೃತ್ವಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ 3 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಮತ್ತು ಎಸ್‌ಟಿ ಮತ್ತು ಎಸ್‌ಸಿ ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ಇದು 6 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ.
- ರೆಫರಲ್ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ಒಬ್ಬಿಯ ಸರಾಸರಿ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ 12 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ, ಮತ್ತು ಇದು ಎಸ್‌ಸಿಗೆ 8 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ, ಮತ್ತು ಎಸ್‌ಟಿಗೆ 10 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ.
- ಒಬ್ಬಿ ಮತ್ತು ಎಸ್‌ಸಿಗಾಗಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್‌ನ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚಗಳು ಸರಾಸರಿ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ 8 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ, ಮತ್ತು ಇದು ಎಸ್‌ಟಿಗೆ 7 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ.

ಚಿತ್ರ 4.9 ಜನನ ಕ್ರಮಾನುಗತ ಪ್ರಕಾರ ಸಾಪೇಕ್ಷ ಬೆಲೆಗಳು



- ಸರಾಸರಿ ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ಸರಾಸರಿ ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ಸರಾಸರಿ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಿಂತ 2 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.
- ಸರಾಸರಿ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಗಳು ಸರಾಸರಿ ರೆಫರಲ್ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಿಂತ 3 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು.
- ಸರಾಸರಿ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳು 4 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ.
- ಸರಾಸರಿ ಔಷಧಿ ವೆಚ್ಚಗಳು ಸರಾಸರಿ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ 1 ನೇ ಜನನ ಕ್ರಮಕ್ಕೆ 5 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ. ಅಂತೆಯೇ, ಇದು 2 ಮತ್ತು 3 ನೇ ಜನನ ಕ್ರಮಕ್ಕೆ 4 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಇದೆ.

- ಇತರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ವೆಚ್ಚಗಳು 1 ನೇ ಜನಕ್ಕೆ 6 ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ, 2 ನೇ ಜನನ ಕ್ರಮಕ್ಕೆ 7 ಬಾರಿ ಕಡಿಮೆ, ಮತ್ತು ಸರಾಸರಿ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಗಳೊಂದಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಮೂರನೇ ಜನನ ಕ್ರಮಕ್ಕೆ 8 ಬಾರಿ ಕಡಿಮೆ.
- ಸರಾಸರಿ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಗಳೊಂದಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಸರಾಸರಿ ಸ್ಟಾನಿಂಗ್ ವೆಚ್ಚಗಳು 8 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ.
- ಎರಡನೇ ಜನ್ಮಕ್ಕಾಗಿ 1 ಮತ್ತು 3 ನೇ ಜನನಗಳ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚಿನೊಂದಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು 24 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ. ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ವೆಚ್ಚವು 22 ಬಾರಿ ಕಡಿಮೆ.
- ಸರಾಸರಿ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ 1 ನೇ ಜನನ ಆದೇಶಕ್ಕೆ ಧೈರಾಯ್ಡ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು 28 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ, 2 ನೇ ಜನನ ಕ್ರಮಕ್ಕೆ 26 ಬಾರಿ ಕಡಿಮೆ ಮತ್ತು 3 ನೇ ಜನನ ಕ್ರಮಕ್ಕೆ 24 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಇದೆ.

4.3.16 ಹೈಪೋಥಿಸಿಸ್ ಪರೀಕ್ಷೆ

ಭೌಗೋಳಿಕ ಪ್ರಾತಿನಿಧ್ಯ (ನಗರ / ಗ್ರಾಮೀಣ), ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಪ್ರಾತಿನಿಧ್ಯಗಳು (ಜಿಲ್ಲೆಗಳು), ಜಾತಿ, ಧರ್ಮ, ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರ, ಹೆರಿಗೆಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಅವುಗಳ ಗಮನಾರ್ಹ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಇದೆಯೇ ಎಂದು ನೋಡಲು ಟಿ-ಟೆಸ್ಟ್‌ಗಳು ಮತ್ತು ANOVA ಗಳನ್ನು ಬಳಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ನಾವು ಊಹೆಗಳನ್ನು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರಿ ಅಥವಾ ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯದೊಳಗೆ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ್ದೇವೆ. ಸ್ಪಷ್ಟತೆ ಆವೃತ್ತಿ 15 ಅನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಾಗಿ ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು ಬಳಸಿದ ಹೈಪೋಥಿಸಿಸ್ ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿವೆ

ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚು (ಟಿಎಂಇ) ಜಿಯೋಗ್ರಾಫಿಕಲ್ ಪ್ರಾತಿನಿಧ್ಯದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು

ಶೂನ್ಯ ಸಿದ್ಧಾಂತ: ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿದವರಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತೃತ್ವ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿಲ್ಲ.

ಪರ್ಯಾಯ ಕಲ್ಪನೆ: ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವವರಲ್ಲಿ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಓಟಿಪಿ ಇದೆ.

ಮಾದರಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಸಮಾನವೆಂದು ಊಹಿಸಿಕೊಂಡು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಮಾದರಿಗಳ ಸಾಧನಗಳನ್ನು ಹೋಲಿಸಲು ನಾವು ಎರಡು-ಮಾದರಿ ಟಿ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಬಳಸಿದ್ದೇವೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.18 ಟಿ-ಪರೀಕ್ಷೆ: ಎರಡು-ಮಾದರಿ ನಗರ ಗ್ರಾಮೀಣ

	ಗ್ರಾಮೀಣ ಸರ್ಕಾರಿ	ನಗರ ಸರ್ಕಾರಿ
	14500.04	14956.77
ಸರಾಸರಿ	1.14ಇ+08	95665894
ವ್ಯತ್ಯಾಸ	1114	625
ಅವಲೋಕನಗಳು	1.08ಇ+08	
ಸಂಗ್ರಹವಾದ ವ್ಯತ್ಯಾಸ	0	
ಊಹಿಸಿದ ಸರಾಸರಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸ	1737	
ವ್ಯತ್ಯಾಸ	0.88085	
ಟಿ ಸ್ಟಾಟಿಸ್ಟಿಕ್	0.18926	
ಪಿ (ಟಿ <= ಟಿ) ಒಂದು ಟೈಲ್	1.645731	

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ

ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಟಿಎಂಇ ಸರಾಸರಿ ಒಂದೇ ಆಗಿರಬಹುದೆಂದು ನಾವು ಊಹಿಸಿದ್ದರಿಂದ ಟಿ ಪರೀಕ್ಷಾ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಟಿ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಮೌಲ್ಯವು 0.88085 ಇದ್ದು ಟಿ ಕ್ರಿಟಿಕಲ್ ಒನ್-ಟೈಲ್ 1.645731 ಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಮತ್ತು ಒಂದು ಟೈಲ್ 0.18926 ರ ಪಿ ಮೌಲ್ಯಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಸರಾಸರಿ ಮೌಲ್ಯವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಸರಾಸರಿ ಮೌಲ್ಯಕ್ಕಿಂತ ದೊಡ್ಡದಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಅವಲೋಕನಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯೊಂದಿಗೆ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಸಾಧನಗಳ ನಡುವೆ ಸಂಖ್ಯಾಶಾಸ್ತ್ರೀಯವಾಗಿ ಮಹತ್ವದ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಶೂನ್ಯ ಊಹೆಯನ್ನು ನಾವು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚು (ಟಿಎಂಇ) ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು

ಶೂನ್ಯಕಲ್ಪನೆ/ಊಹೆ: ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಾಗುವ ಟಿಎಮ್‌ಇ ಪ್ರಕಾರದಲ್ಲಿ ಮಾತೃತ್ವದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿಲ್ಲ
ಪರ್ಯಾಯ ಕಲ್ಪನೆ: ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒಬಿಪಿಇ ಇದೆ.

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಜನರಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಹೋಲಿಸಲು ನಾವು ಎರಡು-ಮಾದರಿ ಟಿ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಬಳಸಿದ್ದೇವೆ. ಮಾದರಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಸಮಾನವೆಂದು ಊಹಿಸಿಕೊಂಡು ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.19 ಟಿ-ಟೆಸ್ಟ್: ಎರಡು-ಮಾದರಿ- ಸರ್ಕಾರಿ ಖಾಸಗಿ

	ಸಾರ್ವಜನಿಕ	ಖಾಸಗಿ
ಸರಾಸರಿ	14664.18976	38036.79
ವ್ಯತ್ಯಾಸ	107630459.5	8.59ಇ+08
ಅವಲೋಕನಗಳು	1739	358
ಸಂಗ್ರಹವಾದ ವ್ಯತ್ಯಾಸ	235719886.1	
ಊಹಿಸಿದ ಸರಾಸರಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸ	0	
ವ್ಯತ್ಯಾಸ	2095	
ಟಿ ಸ್ಟಾಟಿಸ್ಟಿಕ್	-26.23016787	
ಪಿ (ಟಿ <= ಟಿ) ಒಂದು ಟೈಲ್	0	
ಟಿ ಕ್ರಿಟಿಕಲ್ ಒನ್ -ಟೈಲ್	1.645581287	

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಟಿಎಂಇ ಮೂಲಗಳು ಒಂದೇ ಎಂದು ಊಹಿಸಿರುವ ಕಾರಣ, ಟೈಲ್ಡ್ ದ ಟಿ ಪರೀಕ್ಷಾ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಟಿ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಮೌಲ್ಯ -26.23 ರ ಟಿ ಕ್ರಿಟಿಕಲ್ ವನ್ ಟೇಲ್ 1.65 ಗಿಂತ ಕಡಿಮೆಯಿದೆ ಮತ್ತು ಒಂದು ಟೈಲ್ ಪಿ ಮೌಲ್ಯ 0 ಕ್ಕೆ ಹತ್ತಿರದಲ್ಲಿದೆ. ನಾವು ಶೂನ್ಯ ಸಿದ್ಧಾಂತವನ್ನು

ತಿರಸ್ಕರಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತೃತ್ವದ ಖರ್ಚು ಸಾಧನಗಳ ನಡುವೆ ಸಂಖ್ಯಾಶಾಸ್ತ್ರೀಯವಾಗಿ ಮಹತ್ವದ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು.

ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚು (ಟಿಎಂಇ) ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು

ಶೂನ್ಯಕಲ್ಪನೆ/ಊಹೆ: ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಾಗುವ ಟಿಎಮ್‌ಇ ಪ್ರಕಾರದಲ್ಲಿ ಮಾತೃತ್ವದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿಲ್ಲ
ಪರ್ಯಾಯ ಕಲ್ಪನೆ: ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒಬಿಪಿಇ ಇದೆ.

ಮಾದರಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಸಮಾನವೆಂದು ಊಹಿಸಿಕೊಂಡು ಜನನದ ಕ್ರಮಸಂಖ್ಯೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ತಗಲುವ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಲೆಕ್ಕ ಹಾಕಲು ನಾವು ಎರಡು-ಮಾದರಿ ಟಿ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಬಳಸಿದ್ದೇವೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.20 ಟಿ-ಟೆಸ್ಟ್: ಎರಡು-ಮಾದರಿ- ಹೆರಿಗೆ ಪ್ರಕಾರ

	ಸಿಸೇರಿಯನ್	ಸಾಮಾನ್ಯ
ಸರಾಸರಿ	22416.52	13073.97
ವ್ಯತ್ಯಾಸ	1.23ಇ+08	89765996
ಅವಲೋಕನಗಳು	296	1443
ಸಂಗ್ರಹವಾದ ವ್ಯತ್ಯಾಸ	95350305	
ಊಹಿಸಿದ ಸರಾಸರಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸ	0	
ಡಿ ಎಫ್	1737	
ಟಿ ಸ್ಟಾಟ್	14.99456	
ಪಿ (ಟಿ <= ಟಿ) ಒಂದು ಟೈಲ್	0	
ಟಿ ಕ್ರಿಟಿಕಲ್ ಒನ್ -ಟೈಲ್	1.645731	

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ ಸರಾಸರಿ ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರವನ್ನು ಆಧರಿಸಿರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾವು ಊಹಿಸಿದ್ದರಿಂದ ಒಂದು ಟೈಲ್ಡ್ ಟಿ ಪರೀಕ್ಷಾ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು ಮತ್ತು ಟಿ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಮೌಲ್ಯ 14.49 ಟಿ ಕ್ರಿಟಿಕಲ್ ಒನ್-ಟೈಲ್ಡ್ 1.65 ಮತ್ತು 0 ಕ್ಕೆ ಹತ್ತಿರದಲ್ಲಿರುವ ವನ್ ಟೇಲ್ ಪಿ ಮೌಲ್ಯಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ನಾವು ಶೂನ್ಯ ಸಿದ್ಧಾಂತ (ನಲ್ ಹೈಪಾಥಿಸಿಸ್) ವನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಟಿಎಂಇ ಸರಾಸರಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಖ್ಯಾಶಾಸ್ತ್ರೀಯವಾಗಿ ಮಹತ್ವದ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚಿನ (ಟಿಎಂಇ) ಕಂಡುಬರುವ ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು

ಶೂನ್ಯ ಕಲ್ಪನೆ: ವಿವಿಧ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತೃತ್ವ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿಲ್ಲ
ಪರ್ಯಾಯ ಕಲ್ಪನೆ: ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ್ಯಂತ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ.

ಮಾದರಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಸಮಾನವೆಂದು ಊಹಿಸಿಕೊಂಡು ಮಾದರಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಜನರಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ ಸರಾಸರಿಯನ್ನು ಹೋಲಿಸಲು ನಾವು ಏಕಮುಖಿ (ವನ್-ವೇ) ANOVA ಅನ್ನು ಬಳಸಿದ್ದೇವೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.21 ANOVA- ಜಿಲ್ಲೆಗಳು

ಗುಂಪುಗಳು	ಲೆಕ್ಕ	ಮೊತ್ತ	ಸರಾಸರಿ	ವ್ಯತ್ಯಾಸ
ಸರ್ಕಾರಿ ಬೆಂಗಳೂರು	254	3857712	15187.84	1.22ಇ+08
ಸರ್ಕಾರಿ ಬೆಳಗಾವಿ	527	6966633	13219.42	1.09ಇ+08
ಸರ್ಕಾರಿ ಬಳ್ಳಾರಿ	334	5167693	15472.13	1.04ಇ+08
ಸರ್ಕಾರಿ ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	242	5266895	21764.03	1.3ಇ+08
ಸರ್ಕಾರಿ ಹಾವೇರಿ	382	4242093	11104.96	38814490

ವ್ಯತ್ಯಾಸದ ಮೂಲ	ಎಸ್ ಎಸ್	ಡಿಎಫ್	ಎಂಎಸ್	ಎಫ್	ಪಿ -ಮೌಲ್ಯ	ಎಫ್ ಕ್ರಿಟಿಕಲ್
ಗುಂಪುಗಳ ನಡುವೆ	1.84ಇ+10	4	4.61ಇ+09	47.36533	7.79ಇ-38	2.37706
ಗುಂಪುಗಳ ಒಳಗೆ	1.69ಇ+11	1734	97252664			
ಒಟ್ಟು	1.87ಇ+11	1738				

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ

ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ್ಯಂತದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ ಸರಾಸರಿ ಒಂದೇ ರೀತಿಯಾಗಿರುತ್ತವೆ ಎಂದು ನಾವು ಊಹಿಸಿದ್ದರಿಂದ ANOVA ಅನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಗುಂಪುಗಳ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳ ನಡುವಿನ ಎಫ್ ಮೌಲ್ಯವು 47.37 ಆಗಿದೆ, ಇದು ಎಫ್ ವಿಮರ್ಶಾತ್ಮಕ ಮೌಲ್ಯ 2.38ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಪಿ ಮೌಲ್ಯವು 0 ಗೆ ಹತ್ತಿರದಲ್ಲಿದೆ. ನಾವು ಶೂನ್ಯ ಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲೆಯಾದ್ಯಂತದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ ಸರಾಸರಿಗಳ ನಡುವೆ ಸಂಖ್ಯಾಶಾಸ್ತ್ರೀಯವಾಗಿ ಮಹತ್ವದ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು.

ಸಾಮಾಜಿಕ ಗುಂಪುಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚಿನ (ಟಿಎಂಇ) ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು

ಶೂನ್ಯ ಕಲ್ಪನೆ: ವಿವಿಧ ಸಾಮಾಜಿಕ ಗುಂಪುಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಡುವ ಟಿಎಂಇ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿಲ್ಲ

ಪರ್ಯಾಯ ಕಲ್ಪನೆ: ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚವು ವಿವಿಧ ಸಾಮಾಜಿಕ ಗುಂಪುಗಳಿಗೆ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ

ಮಾದರಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಸಮಾನವೆಂದು ಊಹಿಸಿಕೊಂಡು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಸಾಮಾಜಿಕ ಗುಂಪುಗಳಿಗೆ ಸೇರಿದ ಜನರಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ ಸರಾಸರಿಯನ್ನು ಹೋಲಿಸಲು ನಾವು ಏಕಮುಖ ANOVA ಅನ್ನು ಬಳಸಿದ್ದೇವೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.22 ANOVA- ಸಾಮಾಜಿಕ ಗುಂಪುಗಳು

ಗುಂಪುಗಳು	ಲೆಕ್ಕ	ಮೊತ್ತ	ಸರಾಸರಿ	ವ್ಯತ್ಯಾಸ
ಎಸ್ ಸಿ ಸರ್ಕಾರಿ	437	6931896	15862.5	1.18ಇ+08
ಎಸ್ ಟಿ ಸರ್ಕಾರಿ	142	2034599	14328.2	1.09ಇ+08
ಒಬಿಸಿ ಸರ್ಕಾರಿ	1160	1.7ಇ+07	14253.9	1.03ಇ+08

ವ್ಯತ್ಯಾಸದ ಮೂಲ	ಎಸ್ ಎಸ್	ಡಿಎಫ್	ಎಂಎಸ್	ಎಫ್	ಪಿ-ಮೌಲ್ಯ	ಎಫ್ ಕ್ರಿಟಿಕಲ್
ಗುಂಪುಗಳ ನಡುವೆ	8.39ಇ+08	2	4.19ಇ+08	3.90957	0.020226	3.000908
ಗುಂಪುಗಳ ಒಳಗೆ	1.86ಇ+11	1736	1.07ಇ+08			
ಒಟ್ಟು						
ಗುಂಪುಗಳ ನಡುವೆ	1.87ಇ+11	1738				

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ:

- ನಮ್ಮಲ್ಲಿ 3.9 ರ ಎಫ್ ಮೌಲ್ಯಗಳು 3 ರ ಎಫ್ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಮೌಲ್ಯಕ್ಕಿಂತ ದೊಡ್ಡದಾಗಿದೆ ಮತ್ತು 0.02 ರ ಪಿ ಮೌಲ್ಯಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದರಿಂದ, ನಾವು ಶೂನ್ಯ ಸಿದ್ಧಾಂತವನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಗುಂಪುಗಳ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಗಳಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಮಾದರಿ ಆಯ್ಕೆಯ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸ ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೆಂದು ಹೇಳಬಹುದು.

ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ (ಟಿಎಂಇ) ಕಂಡುಬರುವ ಧರ್ಮಧಾರಿತ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು

ಶೂನ್ಯ ಕಲ್ಪನೆ: ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ವಿವಿಧ ಧರ್ಮದ ಜನರು ಮಾಡುವ ಮಾತೃತ್ವ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿಲ್ಲ

ಪರ್ಯಾಯ ಕಲ್ಪನೆ: ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚವು ಧರ್ಮದ ಪ್ರಕಾರ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ

ಮಾದರಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಸಮಾನವೆಂದು ಊಹಿಸಿಕೊಂಡು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ ವಿವಿಧ ಧರ್ಮಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ಜನರಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ಖರ್ಚಿನ ಸಾಧನಗಳನ್ನು ಹೋಲಿಸಲು ಒನ್-ವೇ ANOVA ಅನ್ನು ಬಳಸಲಾಯಿತು.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಕೋಷ್ಟಕ 4.23 ANOVA- ಧರ್ಮ

ಗುಂಪುಗಳು	ಲೆಕ್ಕ	ಮೊತ್ತ	ಸರಾಸರಿ	ವ್ಯತ್ಯಾಸ
ಸರ್ಕಾರಿ ಹಿಂದು	1419	21289488	15003.16	1.1ಇ+08
ಸರ್ಕಾರಿ ಮುಸ್ಲಿಂ	306	4017304	13128.44	93705214
ಸರ್ಕಾರಿ ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್	10	102934	10293.4	66196886
ಸರ್ಕಾರಿ ಜೈನ್	4	91300	22825	1.36ಇ+08

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ವ್ಯತ್ಯಾಸದ ಮೂಲ	ಎಸ್‌ಎಸ್	ಡಿಎಫ್	ಎಂಎಸ್	ಎಫ್	ಪಿ - ಮೌಲ್ಯ	ಎಫ್ ಕ್ರಿಟಿಕಲ್
ಗುಂಪುಗಳ ನಡುವೆ	1.34ಇ+09	3	4.47ಇ+08	4.179585	0.00586	2.610031
ಗುಂಪುಗಳ ಒಳಗೆ	1.86ಇ+11	1735	1.07ಇ+08			
ಒಟ್ಟು	1.87ಇ+11	1738				

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ಎಫ್ ಮೌಲ್ಯ (4.18) ಈ ಕ್ರಿಟಿಕಲ್ (2.61) ಮೌಲ್ಯಕ್ಕಿಂತ ದೊಡ್ಡದಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾವು ಶೂನ್ಯ ಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಬಹುದು. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ವಿವಿಧ ಧರ್ಮದ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ.

ವಿವಿಧ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಆಗುವ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚಿನ (ಟಿಎಂಇ) ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು

ಶೂನ್ಯ ಕಲ್ಪನೆ: ವಿವಿಧ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಜನರಿಗೆ ಮಾತೃತ್ವದ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಪರ್ಯಾಯ ಕಲ್ಪನೆ: ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚವು ಬಳಸಿದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಪ್ರಕಾರದಿಂದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿಲ್ಲ ಎಂದು ಊಹಿಸಿಕೊಂಡು ಎಫ್ ಪರಿಕ್ಷೆಯನ್ನು ನಿಯೋಜಿಸುವ ಮೂಲಕ ಬಳಸಲಾಗುವ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯದ ಪ್ರಕಾರ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ ಸರಾಸರಿಯನ್ನು ನಾವು ಹೋಲಿಸಿದ್ದೇವೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.24 ANOVA - ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ

ಗುಂಪುಗಳು	ಲೆಕ್ಕ	ಮೊತ್ತ	ಸರಾಸರಿ	ವ್ಯತ್ಯಾಸ
ಪಿಹೆಚ್‌ಸಿ	505	6217640	12312.16	87407642
ಸಿಹೆಚ್‌ಸಿ	219	3295763	15049.15	1.01ಇ+08
ಟಿಎಚ್	518	7209309	13917.58	97844906
ಡಿಎಚ್	426	7622189	17892.46	1.26ಇ+08
ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ	40	529295	13232.38	1.35ಇ+08
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು	31	638980	20612.26	92047411

ವ್ಯತ್ಯಾಸದ ಮೂಲ	ಎಸ್‌ಎಸ್	ಡಿಎಫ್	ಎಂಎಸ್	ಎಫ್	ಪಿ-ಮೌಲ್ಯ	ಎಫ್-ಕ್ರಿಟಿಕಲ್
ಗುಂಪುಗಳ ನಡುವೆ	8.73ಇ+09	5	1.75ಇ+09	16.99384	1.95ಇ-16	2.219261
ಗುಂಪುಗಳ ಒಳಗೆ	.78ಇ+11	1733	1.03ಇ+08			
ಒಟ್ಟು	1.87ಇ+11	1738				

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ:

ಎಫ್ ಮೌಲ್ಯವು (16.99) ಎಫ್ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಮೌಲ್ಯ (2.23) ಕ್ಕಿಂತ ದೊಡ್ಡದಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾವು ಶೂನ್ಯ ಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಬಹುದು. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಗಳು ಬಳಸಿದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಬದಲಾಗುತ್ತವೆ.

ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ (ಟಿಎಂಇ) ಕಂಡುಬರುವ ಧರ್ಮಧಾರಿತ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು

ಶೂನ್ಯ ಕಲ್ಪನೆ: ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ವಿವಿಧ ಧರ್ಮದ ಜನರು ಮಾಡುವ ಮಾತೃತ್ವ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿಲ್ಲ
ಪರ್ಯಾಯ ಕಲ್ಪನೆ: ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚವು ಧರ್ಮದ ಪ್ರಕಾರ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ

ಮಾದರಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಸಮಾನವೆಂದು ಭಾವಿಸಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ ಜನರಲ್ಲಿ ಜನನ ಕ್ರಮಾನುಸಾರ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ ಸರಾಸರಿಗಳನ್ನು ಹೋಲಿಸಲು ನಾವು ಏಕಮುಖಿ ANOVA ಅನ್ನು ಬಳಸಿದ್ದೇವೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.25 ANOVA- ಜನನ ಕ್ರಮಾನುಗತ

ಗುಂಪುಗಳು	ಲೆಕ್ಕ	ಮೊತ್ತ	ಸರಾಸರಿ	ವ್ಯತ್ಯಾಸ
1ನೇ ಜನನ	820	12626071	15397.65	1.12ಇ+08
2ನೇ ಜನನ	630	8878915	14093.52	97866779
3ನೇ ಜನನ	222	3084470	13894.01	1.16ಇ+08

ವ್ಯತ್ಯಾಸದ ಮೂಲ	ಎಸ್‌ಎಸ್	ಡಿಎಫ್	ಎಂಎಸ್	ಎಫ್	ಪಿ-ಮೌಲ್ಯ	ಎಫ್-ಕ್ರಿಟಿಕಲ್
ಗುಂಪುಗಳ ನಡುವೆ	7.75ಇ+08	2	3.87ಇ+08	3.610697	0.027244	3.001116
ಗುಂಪುಗಳ ಒಳಗೆ	1.79ಇ+11	1669	1.07ಇ+08			
ಒಟ್ಟು	1.8ಇ+11	1671				

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ:

ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಎಫ್ ಮೌಲ್ಯಗಳು (3.61) ಎಫ್ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಮೌಲ್ಯ (3) ಕ್ಕಿಂತ ದೊಡ್ಡದಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಪಿ ಮೌಲ್ಯ (0.02) ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದರಿಂದ, ನಾವು ಶೂನ್ಯ ಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಜನನ ಆದೇಶದ ಪ್ರಕಾರ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಗಳಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು.

ತೀರ್ಮಾನ:

ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಪ್ರಾತಿನಿಧ್ಯಗಳು (ಜಿಲ್ಲೆಗಳು), ಜಾತಿ, ಧರ್ಮ, ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರ, ಜನನದ ಕ್ರಮಸಂಖ್ಯೆ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರಿ ಅಥವಾ ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳೊಳಗೆ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡುವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ವಿಧಗಳ ಮೇಲೆ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚು ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ.

ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿಗೆ ಕಾರಣಗಳು: ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆಯ ವಿವಿಧ ಘಟಕಗಳು, ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ, ಹೆರಿಗೆ ಪ್ರಕಾರ, ಸಾರಿಗೆ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸ್ಥಳಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು / ತಲುಪಲು ಅಥವಾ ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ಇತರ ಉತ್ಪನ್ನಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಲು ಸಾರಿಗೆಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಗಲಿಲ್ಲ.

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗೆ ಮಾಡಿದ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸ. ವರದಿಯ ಹಿಂದಿನ ವಿಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಇವುಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ

4.3.17 ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಲು ಫಲಾನುಭವಿ ಅಭಿಪ್ರಾಯ

ಕೋಷ್ಟಕ 4.26 ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಲು ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯ

ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಲು ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯ								
ಯೋಜನೆಗಳ ಸಮಯೋಚಿತ ಪಾವತಿ								
ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	ಇಲ್ಲ	%	ಹೌದು	%	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	%	ಒಟ್ಟು	%
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	29	10.00%	225	15.64%		0%	254	14.61%
ಬೆಳಗಾವಿ	77	26.55%	443	30.79%	7	70%	527	30.30%
ಬಳ್ಳಾರಿ	47	16.21%	284	19.74%	3	30%	334	19.21%
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	27	9.31%	215	14.94%		0%	242	13.92%
ಹಾವೇರಿ	110	37.93%	272	18.90%		0%	382	21.97%
ಒಟ್ಟು	290	16.68%	1439	82.75%	10	0.58%	1739	100.00%
ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಹೆಚ್ಚು ಪಾವತಿ								
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	90	14.98%	164	14.54%		0%	254	14.61%
ಬೆಳಗಾವಿ	128	21.30%	392	34.75%	7	70%	527	30.30%
ಬಳ್ಳಾರಿ	124	20.63%	207	18.35%	3	30%	334	19.21%
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	83	13.81%	159	14.10%		0%	242	13.92%
ಹಾವೇರಿ	176	29.28%	206	18.26%		0%	382	21.97%
ಒಟ್ಟು	601	34.56%	1128	64.86%	10	0.58%	1739	100.00%

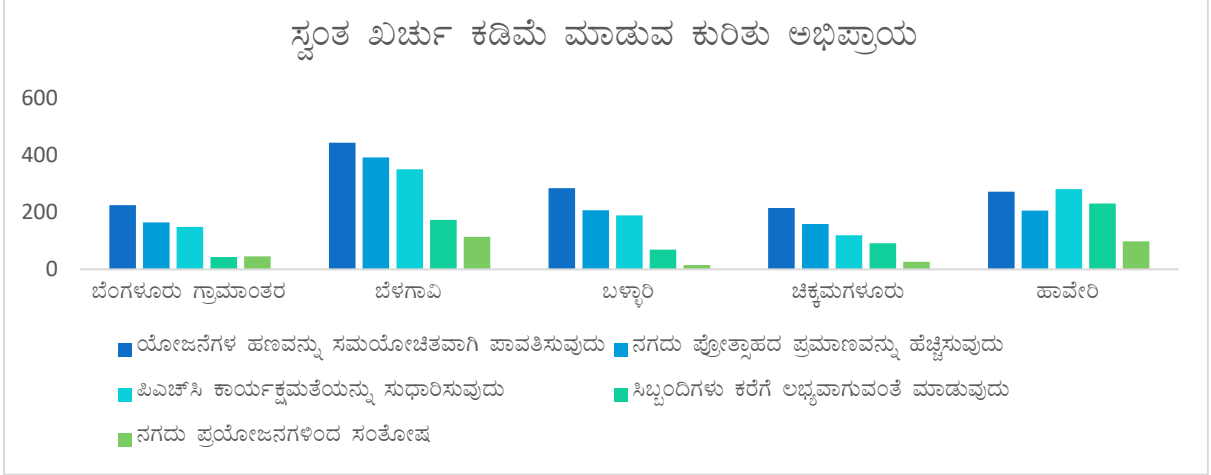
ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಿ								
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	105	16.38%	149	13.69%		0%	254	14.61%
ಬೆಳಗಾವಿ	170	26.52%	350	32.17%	7	70%	527	30.30%
ಬಳ್ಳಾರಿ	142	22.15%	189	17.37%	3	30%	334	19.21%
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	123	19.19%	119	10.94%		0%	242	13.92%
ಹಾವೇರಿ	101	15.76%	281	25.83%		0%	382	21.97%
ಒಟ್ಟು	641	36.86%	1088	62.56%	10	0.58%	1739	100.00%
ಸಿಬ್ಬಂದಿಯನ್ನು ದೂರವಾಣಿಗೆ ಲಭ್ಯವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಿ								
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	211	18.81%	43	7.08%		0%	254	14.61%
ಬೆಳಗಾವಿ	347	30.93%	173	28.50%	7	70%	527	30.30%
ಬಳ್ಳಾರಿ	262	23.35%	69	11.37%	3	30%	334	19.21%
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	151	13.46%	91	14.99%		0%	242	13.92%
ಹಾವೇರಿ	151	13.46%	231	38.06%		0%	382	21.97%
ಒಟ್ಟು	1122	64.52%	607	34.91%	10	0.58%	1739	100.00%
ನಗದು ಪ್ರಯೋಜನಗಳಿಂದ ಸಂತೋಷವಾಗಿದೆ								
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	209	14.61%	45	15.10%		0%	254	14.61%
ಬೆಳಗಾವಿ	406	28.37%	114	38.26%	7	70%	527	30.30%
ಬಳ್ಳಾರಿ	316	22.08%	15	5.03%	3	30%	334	19.21%
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	216	15.09%	26	8.72%		0%	242	13.92%
ಹಾವೇರಿ	284	19.85%	98	32.89%		0%	382	21.97%
ಒಟ್ಟು	1431	82.29%	298	17.14%	10	0.58%	1739	100.00%

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

82.75% ಜನರು ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಖರ್ಚಿನಿಂದ ದೂರವಿರಲು ಯೋಜನೆಗಳ ಸಮಯೋಚಿತ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡಬೇಕು ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟರು ಮತ್ತು 64.86% ಜನರು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಹೆಚ್ಚು ಪಾವತಿಸುವ ಅಗತ್ಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. 62.56% ರಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಿದ್ದು, ಇದು ತಜ್ಞರ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ತಮ್ಮ ಪ್ರಯಾಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಮತ್ತು 34.91% ರಷ್ಟು ಜನರು ಕರೆಯಲ್ಲಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಲಭ್ಯವಿರಬೇಕು ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, 82.29% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಪ್ರಸ್ತುತ ನಗದು ಪ್ರಯೋಜನಗಳಿಂದ ಸಂತೋಷವಾಗಿರಲಿಲ್ಲ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಚಿತ್ರ 4.10 ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಕುರಿತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯ.



ಯೋಜನೆಗಳ ಹಣವನ್ನು ಸಮಯೋಚಿತವಾಗಿ ಪಾವತಿಸುವುದು, ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು, ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮತೆಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದು, ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಕರೆಗೆ ಲಭ್ಯವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು, ಪಾಕೆಟ್ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಎಂದು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟರು.

4.4 ಪ್ರದೇಶಗಳಾದ್ಯಂತ ಉದ್ದೇಶಿತ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸುವುದು.

ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಉಳಿಸಲು ಕರ್ನಾಟಕವು ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ (ಜಿಎಸ್‌ವೈ) ಮತ್ತು ಜನನಿ ಶಿಶು ಸುರಕ್ಷಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ (ಜಿಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ) ದ ಹೊರತಾಗಿ ಮಡಿಲು ಕಿಟ್, ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಪ್ಲಸ್ ಮತ್ತು ಪ್ರಸೂತಿ ಅರೈಕೆ ಮುಂತಾದ ವಿಶೇಷ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನೂ ಹೊಂದಿದೆ.

ಜಿಎಸ್‌ವೈ: ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರಿ ನೋಂದಾಯಿತ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಮೂಲಕ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಆರ್ಥಿಕ ನೆರವು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ವಿನಾಯಿತಿಗಳು: ಪ್ರಯೋಜನಗಳು ಕೇವಲ 2 ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿವೆ.

ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗಳು	ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು	ಪಟ್ಟಣ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು	ನೋಂದಾಯಿತ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆಗಳು
500	700	600	1500

ಮಡಿಲು ಯೋಜನೆ: ಜುಲೈ 15, 2007 ರಂದು ಪ್ರಾರಂಭಗೊಂಡ ಈ ಯೋಜನೆ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಪ್ರಾಯೋಜಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪಡೆದಿರುವ ಫಲಾನುಭವಿಗೆ ಹೆರಿಗೆಯಾದ 24 ಗಂಟೆಯೊಳಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಿಟ್‌ನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸೂಚನೆ: ಈ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಕೇವಲ ಎರಡು ಜೀವಂತ ಜನನಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ: ಈ ಯೋಜನೆ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಪ್ರಾಯೋಜಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಿಪಿಎಲ್ ಕಾರ್ಡ್ ಹೊಂದಿರುವ ಎಲ್ಲರೂ ಪ್ರಸೂತಿಗೆ ಮೊದಲು ಮತ್ತು ಪ್ರಸೂತಿಯ ನಂತರ ಹಣಕಾಸಿನ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ. ಸೂಚನೆ: ಈ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಕೇವಲ ಎರಡು ಜೀವಂತ ಜನನಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಗರ್ಭಿಣಿಯರ 4 ನೇ ಮತ್ತು 6ನೇ ತಿಂಗಳಿನ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗುವ ಹಣದ ಕಂತು	ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರ ನೀಡಲಾಗುವ ಬಾಬು	ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರ ನೀಡಲಾಗುವ ಬಾಬು
1000 ರೂಪಾಯಿಗಳು	300 ರೂಪಾಯಿಗಳು	400 ರೂಪಾಯಿಗಳು

ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಪ್ಲಸ್ ಯೋಜನೆ: ಇದು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ ಪ್ರಾಯೋಜಿತ ಯೋಜನೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಬಿಪಿಎಲ್, ಎಸ್‌ಸಿ ಮತ್ತು ಎಸ್‌ಟಿ ವರ್ಗದ ಗರ್ಭಿಣಿಯರು 'ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ'ದ ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆಯದ ಖಾಸಗಿ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಮ್ಸ್ / ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದರೆ ರೂ 1,000 ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ.

ಜಿಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ: ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ಚೊಚ್ಚಲ ಹೆರಿಗೆಯ ಪೋಷಕರು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವ ಕಷ್ಟದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ, ಅನಾರೋಗ್ಯದ ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಖರ್ಚಿನೊಂದಿಗೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಚಿವಾಲಯ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಉಪಕ್ರಮವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದೆ. ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಮುಖ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಕೈಗೊಂಡಿದೆ. ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಸರ್ಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಹುಟ್ಟಿದ (ಜನನದ ನಂತರ 30 ದಿನಗಳವರೆಗೆ) ಸೇರಿದಂತೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಉಚಿತ ಮತ್ತು ಹಣವಿಲ್ಲದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಉಪಕ್ರಮವಾಗಿದೆ.

ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಖಾತ್ರಿಗೊಳಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ, ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ನಂತರದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು, ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಮತ್ತು ಇತರ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ನೀಡಲು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಚಿವಾಲಯ ಮಹತ್ತರ ಉಪಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದೆ. ಈ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವು ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಿದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಿಂದ ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮರ್ಪಕತೆಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು. ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರು 4 ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಅರ್ಹರಾಗಿದ್ದರೆ, ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರು ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಪ್ಲಸ್ ಯೋಜನೆಗೆ ಅರ್ಹರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಸ್ಕೀಮ್ ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ಅರ್ಹತಾ ಮಾನದಂಡದ ಮೇಲೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಜಿಎಸ್‌ವೈ, ಪಿಎ, ಮಡಿಲು ಕಿಟ್‌ಗಾಗಿ, ಮೊದಲ ಮತ್ತು ಎರಡನೆಯ ಜನನ ಕ್ರಮ ಹೊಂದಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ, ಜಿಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆಗಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ವಿತರಿಸಿದ ಎಲ್ಲ ಮಹಿಳೆಯರು ಅರ್ಹರು ಮತ್ತು ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಪ್ಲಸ್‌ಗೆ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ವಿತರಿಸಿದ ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾತ್ರ ಅರ್ಹರು. ಒಟ್ಟು ಯೋಜನೆಗಳ ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ಕೆಳಗೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಈ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವು ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಿದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ಮಾತೃತ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮರ್ಪಕತೆಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುತ್ತದೆ. ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರು ನಾಲ್ಕು ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಅರ್ಹರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರು ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಪ್ಲಸ್ ಯೋಜನೆಗೆ ಅರ್ಹರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಯೋಜನೆಗಳ ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ಅರ್ಹತಾ ಮಾನದಂಡದ ಮೇಲೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಜಿಎಸ್‌ವೈ, ಪಿಎ, ಮಡಿಲು ಕಿಟ್‌ಗಾಗಿ, ಮೊದಲ ಮತ್ತು ಎರಡನೆಯ ಹೆರಿಗೆಯ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ, ಜಿಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆಗಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಎಲ್ಲ ಮಹಿಳೆಯರು ಅರ್ಹರು ಮತ್ತು ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಪ್ಲಸ್‌ಗೆ ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾತ್ರ ಅರ್ಹರು. ಒಟ್ಟು ಯೋಜನೆಗಳ ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ಕೆಳಗೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.27 ಒಟ್ಟು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ವಿತರಿಸಿದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಪಡೆದ ಯೋಜನೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ.

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	ಯಾವುದೇ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ	ಒಂದು ಯೋಜನೆ	ಎರಡು ಯೋಜನೆ	ಮೂರು ಯೋಜನೆ	ಎಲ್ಲಾ ಯೋಜನೆ	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	68	48	38	27	73		254
ಶೇಕಡವಾರು	3.9	2.8	2.2	1.5	4.2	0.0	14.6
ಬೆಳಗಾವಿ	148	94	68	104	109	7	530
ಶೇಕಡವಾರು	8.5	5.4	3.9	6.0	6.2	0.4	30.4
ಬಳ್ಳಾರಿ	58	58	62	55	99	5	337
ಶೇಕಡವಾರು	3.3	3.3	3.6	3.2	5.7	0.3	19.3
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	41	65	78	37	21		242
ಶೇಕಡವಾರು	2.3	3.7	4.5	2.1	1.2	0.0	13.9
ಹಾವೇರಿ	15	49	36	79	203		382
ಶೇಕಡವಾರು	0.9	2.8	2.1	4.5	11.6	0.0	21.9
ಹೆರಿಗೆಯ ವಿಧ							
ಸಿಸೇರಿಯನ್	83	53	61	40	56	3	296
ಶೇಕಡವಾರು	4.8	3.0	3.5	2.3	3.2	0.2	17.0
ಸಾಮಾನ್ಯ	247	261	221	262	449	9	1449
ಶೇಕಡವಾರು	14.2	15.0	12.7	15.0	25.7	0.5	83.0
ಧರ್ಮ							
ಕ್ರೈಶ್ಚಿಯನ್	3		3	2	2		10
ಶೇಕಡವಾರು	0.2	0.0	0.2	0.1	0.1	0.0	0.6
ಹಿಂದೂ	269	255	236	251	403	11	1425
ಶೇಕಡವಾರು	15.4	14.6	13.5	14.4	23.1	0.6	81.7
ಜೈನ್	2		1		1		4
ಶೇಕಡವಾರು	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.2
ಮುಸ್ಲಿಂ	56	59	42	49	99	1	306
ಶೇಕಡವಾರು	3.2	3.4	2.4	2.8	5.7	0.1	17.5

ಜಾತಿ							
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ				1			1
ಶೇಕಡವಾರು	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1
ಒಬಿಸಿ	228	214	182	206	326	7	1163
ಶೇಕಡವಾರು	13.1	12.3	10.4	11.8	18.7	0.4	66.6
ಎಸ್ ಟಿ	76	70	80	78	129	5	438
ಶೇಕಡವಾರು	4.4	4.0	4.6	4.5	7.4	0.3	25.1
ಎಸ್ ಟಿ	26	30	20	17	50		143
ಶೇಕಡವಾರು	1.5	1.7	1.1	1.0	2.9	0.0	8.2
ಪ್ರದೇಶವಾರು							
ಪ್ರಯಾಸಕರ /ಕುಗ್ರಾಮ	27	32	36	34	67	2	198
ಶೇಕಡವಾರು	1.5	1.8	2.1	1.9	3.8	0.1	11.3
ಗ್ರಾಮೀಣ	171	152	133	177	284	3	920
ಶೇಕಡವಾರು	9.8	8.7	7.6	10.1	16.3	0.2	52.7
ನಗರ	132	130	113	91	154	7	627
ಶೇಕಡವಾರು	7.6	7.4	6.5	5.2	8.8	0.4	35.9
ಒಟ್ಟು	330	314	282	302	505	12	1745
ಶೇಕಡವಾರು	18.9	18.0	16.2	17.3	28.9	0.7	100.0

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ * ಒಟ್ಟು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾಗಿರುವವರು ಯಾವುದೇ ಯೋಜನೆಗೆ ಅರ್ಹರಾಗಿದ್ದ ಕಾರಣ ಅವರನ್ನು ಹೊರತು ಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕಗಳಲ್ಲಿನ ಸಂಖ್ಯೆಗಳು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಪಡೆದ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸುತ್ತವೆ, ಕೆಲವರು ಒಂದು ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ಆನಂದಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಇತರರು ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಜನರಿಗೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಸುಮಾರು 80% ಮಹಿಳೆಯರು ಕನಿಷ್ಠ ಒಂದು ಯೋಜನೆಯಿಂದ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. 28.9% ಮಹಿಳೆಯರು ಎಲ್ಲಾ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. 17.3% ಮಹಿಳೆಯರು ಕನಿಷ್ಠ 3 ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದರೆ; ಅವರಲ್ಲಿ 16.2% ರಷ್ಟು ಕನಿಷ್ಠ 2 ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ, 18% ಮಹಿಳೆಯರು ಕೇವಲ ಒಂದು ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. 18.9% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಯಾವುದೇ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿಲ್ಲ. 29% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಎಲ್ಲಾ 4 ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಅಂದರೆ ಅವರು ಜಿಎಸ್‌ವೈ, ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ, ಮತ್ತು ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಂದ ನಗದು ಮತ್ತು ಹೊಸದಾಗಿ ಹುಟ್ಟಿದ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಉಪಯುಕ್ತ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು 700 + 1300 + 1675 = ರೂ 3675 ವರೆಗೆ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ, ಇದು ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸರಾಸರಿ ಮಾಸಿಕ ಆದಾಯದ ಸುಮಾರು 31% ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಜಿಎಸ್‌ವೈ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ವೆಚ್ಚ ಮಾಡುವುದು ಕಷ್ಟವಾದ್ದರಿಂದ ಇದು ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಘಟಕಗಳ ಬಳಕೆಗಳನ್ನು ಆಧರಿಸಿದೆ. ಎಲ್ಲಾ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಆನಂದಿಸಿದ ಜನರಿಗೆ ಅವರ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಗಳಿಂದ ನಾವು ರೂ. 3675 ಅನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸಬೇಕಾದರೆ, ಹೊಸ ಸರಾಸರಿ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ರೂ 10622 ಇದು ರೂ. 4043 ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿನ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಿಂತ ರೂ. 14665 ಆಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

4.4.1 ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷ ಯೋಜನೆ (ಜಿಎಸ್‌ವೈ)

ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷ ಯೋಜನೆ (ಜಿಎಸ್‌ವೈ) ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ (ಎನ್‌ಎಚ್‌ಎಂ) ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಸುರಕ್ಷಿತ ಮಾತೃತ್ವ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದು, ಬಡ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವ ಮೂಲಕ ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಇದನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರಲಾಗಿದೆ. ಜಿಎಸ್‌ವೈ 100% ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದ ಪ್ರಾಯೋಜಿತ ಯೋಜನೆಯಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಇದು ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆ ನಂತರದ ಆರೈಕೆಗೆ ನಗದು ಸಹಾಯವನ್ನು ಸಂಯೋಜಿಸುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.28 ಜಿಎಸ್‌ವೈ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು.

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	ವಿಳಂಬವಾಗಿದೆ	ಇಲ್ಲ	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	0	125	0	119	244
ಶೇಕಡವಾರು	0.0	8.6	0.0	8.2	16.8
ಬೆಳಗಾವಿ	2	180	2	194	378
ಶೇಕಡವಾರು	0.1	12.4	0.1	13.4	26.1
ಬಳ್ಳಾರಿ	3	110	2	172	287
ಶೇಕಡವಾರು	0.2	7.6	0.1	11.9	19.8
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	4	125	1	88	218
ಶೇಕಡವಾರು	0.3	8.6	0.1	6.1	15.0
ಹಾವೇರಿ	0	50	0	274	324
ಶೇಕಡವಾರು	0.0	3.4	0.0	18.9	22.3
ಭೌಗೋಳಿಕತೆ					
ಕಪ್ಪ	0	60	0	118	178
ಶೇಕಡವಾರು	0.0	4.1	0.0	8.1	12.3
ಗ್ರಾಮೀಣ	4	272	3	447	726
ಶೇಕಡವಾರು	0.3	18.7	0.2	30.8	50.0
ನಗರ	5	258	2	282	547
ಶೇಕಡವಾರು	0.3	17.8	0.1	19.4	37.7
ಜಾತಿ					
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	0	0	0	1	1
ಶೇಕಡವಾರು	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
ಒಬಿಸಿ	6	401	3	560	970
ಶೇಕಡವಾರು	0.4	27.6	0.2	38.6	66.9
ಎಸ್ ಸಿ	2	139	2	222	365
ಶೇಕಡವಾರು	0.1	9.6	0.1	15.3	25.2
ಎಸ್ ಟಿ	1	50	0	64	115
ಶೇಕಡವಾರು	0.1	3.4	0.0	4.4	7.9
ಒಟ್ಟು	9	590	5	847	1451
ಶೇಕಡವಾರು	0.6	40.7	0.3	58.4	100.0

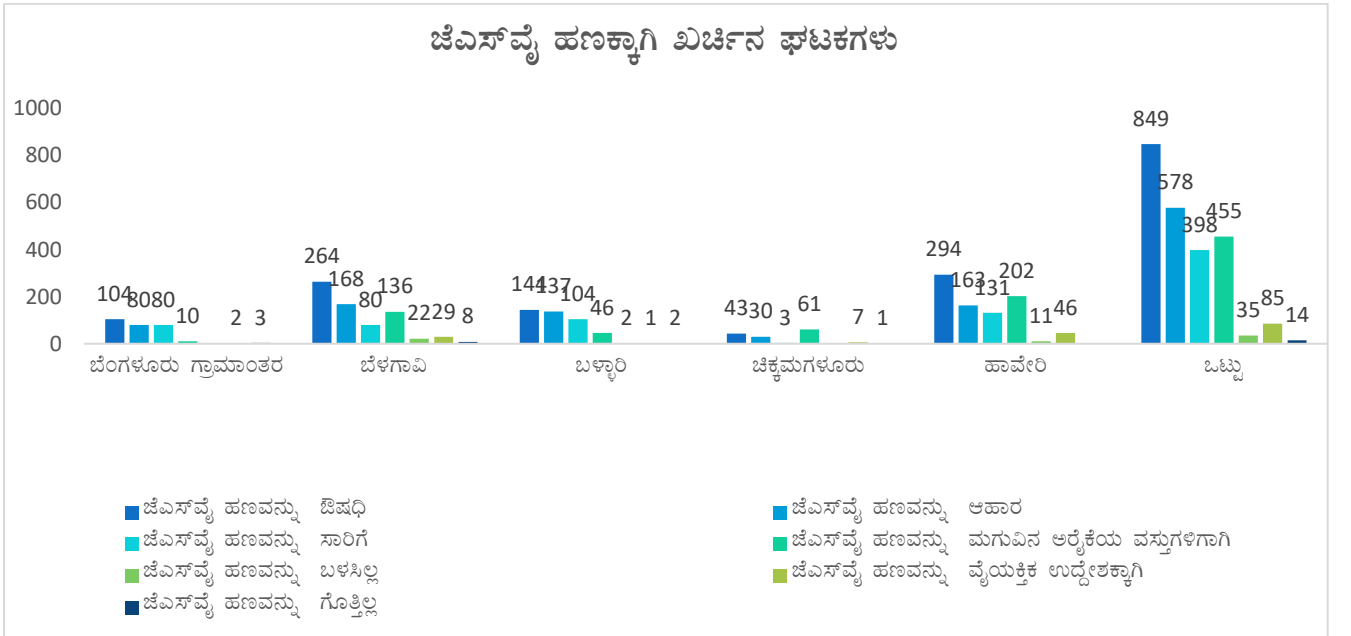
ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ ವಿವರಗಳನ್ನು 1451 ರಿಂದ ಭಾಗಿಸುವ ಮೂಲಕ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ * ಮನೆ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಅವರು ಅರ್ಹರಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಸೇರಿವೆ

58.4% ಅರ್ಹ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷ ಯೋಜನೆ ನಗದು ಸಹಾಯವನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. 0.6% ಮಹಿಳೆಯರು ವಿಳಂಬದೊಂದಿಗೆ ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಜೆಎಸ್‌ವೈ ಪಡೆದ ಮಹಿಳೆಯರ ಪ್ರಮಾಣವು ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಇದ್ದು, ಒಟ್ಟು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 6.1% ರಷ್ಟು ಜೆಎಸ್‌ವೈ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಜೆಎಸ್‌ವೈ ಪಡೆದ 18.9% ಫಲಾನುಭವಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಾವೇರಿ ಮೊದಲ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ, ಬೆಳಗಾವಿ 13.4%. ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ 8.2% ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿದ್ದರೆ, ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 11.9% ರಷ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಒಟ್ಟು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ 30.8% ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಿಂದ, 8.1% ಪ್ರಯಾಸಕರ ಪ್ರದೇಶದಿಂದ ಮತ್ತು 19.4% ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಿಂದ ಬಂದವರು. ಜೆಎಸ್‌ವೈ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ 38.6% ಇತರ ಹಿಂದುಳಿದ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯಾತರಿಗೆ ಸೇರಿದವರು. 15.3% ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಮತ್ತು 4.4% ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ.

4.4.1.1 ಜೆಎಸ್‌ವೈ ಹಣದ ಬಳಕೆ

ಜೆಎಸ್‌ವೈ ಹಣವನ್ನು ಔಷಧಿ, ಆಹಾರ, ಸಾರಿಗೆ ಮತ್ತು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಬಳಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗಿದೆಯೆಂದು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಜೆಎಸ್‌ವೈ ಹಣವನ್ನು ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಬಳಸುವುದರಲ್ಲಿ ಔಷಧದ ಖರೀದಿಯು ಅಗ್ರಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ.

ಚಿತ್ರ 4.11 ಜೆಎಸ್‌ವೈ ಹಣಕ್ಕಾಗಿ ಖರ್ಚಿನ ಘಟಕಗಳು.



4.4.2 ಜನನಿ ಶಿಶು ಸುರಕ್ಷ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

ಜೆಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ ಮುಖ್ಯ ಗುರಿಯೆಂದರೆ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯದ ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳು ಜೆಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಶೂನ್ಯ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಪಡೆಯುವುದಾಗಿದೆ, ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ (ಐಎಂಆರ್) ಮತ್ತು ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ (ಎಂಎಂಆರ್) ಅನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದು ಇದರ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಜೆಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷ ಯೋಜನೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಗೆ ನೀಡಿದ ನಗದು ಸಹಾಯವನ್ನು ಪೂರೈಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳು ಸರ್ಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಡುವ ಸ್ವಂತ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಖರ್ಚಿನಿಂದ ಆಗುವ ಹೊರೆಯನ್ನು ತಗ್ಗಿಸುವ ಗುರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಎಲ್ಲಾ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಎಎನ್‌ಸಿ, ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು 30 ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಉಚಿತ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.29 ಒಟ್ಟು ಜಿಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು

ಜಿಲ್ಲೆ	ಇಲ್ಲ	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	167	0	87	254
ಶೇಕಡಾವಾರು	9.6	0.0	5.0	14.6
ಬೆಳಗಾವಿ	348	1	178	527
ಶೇಕಡಾವಾರು	20.0	.1	10.2	30.3
ಬಳ್ಳಾರಿ	215	0	119	334
ಶೇಕಡಾವಾರು	12.4	0.0	6.8	19.2
ಬಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	199	0	43	242
ಶೇಕಡಾವಾರು	11.4	0.0	2.5	13.9
ಹಾವೇರಿ	157	0	225	382
ಶೇಕಡಾವಾರು	9.0	0.0	12.9	22.0
ಒಟ್ಟು	1086	1	652	1739
ಶೇಕಡಾವಾರು	62.4	.1	37.5	100.0
ಪ್ರದೇಶವಾರು ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ವರ್ಗ				
ಪ್ರಯಾಸಕರ ಸ್ಥಳ	120	0	77	197
ಶೇಕಡಾವಾರು	6.9	0.0	4.4	11.3
ಗ್ರಾಮೀಣ	545	0	372	917
ಶೇಕಡಾವಾರು	31.3	0.0	21.4	52.7
ನಗರ	421	1	203	625
ಶೇಕಡಾವಾರು	24.2	.1	11.7	35.9
ಒಟ್ಟು	1086	1	652	1739
ಶೇಕಡಾವಾರು	62.4	.1	37.5	100.0
ಜಾತಿ				
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1	0	0	1
ಶೇಕಡಾವಾರು	.1	0.0	0.0	.1
ಒಬಿಸಿ	727	0	432	1159
ಶೇಕಡಾವಾರು	41.8	0.0	24.8	66.6
ಎಸ್ ಸಿ	270	1	166	437
ಶೇಕಡಾವಾರು	15.5	.1	9.5	25.1
ಎಸ್ ಟಿ	88	0	54	142
ಶೇಕಡಾವಾರು	5.1	0.0	3.1	8.2
ಒಟ್ಟು	1086	1	652	1739
ಶೇಕಡಾವಾರು	62.4	.1	37.5	100.0

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ * ಮನೆ ಹೆರಿಗೆಗಳನ್ನು ಅವರು ಅರ್ಹರಲ್ಲದ ಕಾರಣ ಹೊರಗಿಡಲಾಗಿದೆ ತಾಯಂದಿರ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಲೆಕ್ಕಹಾಕಲಾಗಿದೆ** ಶೇಕಡಾವಾರು ಪಡೆಯಲು ಎಲ್ಲಾ ಮೌಲ್ಯಗಳನ್ನು 1739 ರಿಂದ ಭಾಗಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಜೆಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ ಪಡೆದ ಒಟ್ಟು 37.46% ಮಹಿಳಾ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿದ್ದು, ಅವರಲ್ಲಿ 62% ಜೆಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ ಪಡೆದಿಲ್ಲ. ಹವೇರಿಯಲ್ಲಿ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿದ್ದು, ಒಟ್ಟು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ 34.56% ರಷ್ಟಿದೆ, ಬೆಳಗಾವಿ ಒಟ್ಟು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 27.34% ರಷ್ಟಿದೆ, ಬಳ್ಳಾರಿ ಮತ್ತು ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರವು ಮೂರನೇ ಮತ್ತು ನಾಲ್ಕನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ 18.28% ಮತ್ತು 13.21% ರಷ್ಟಿದೆ ಮತ್ತು ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು ಅತಿ ಕಡಿಮೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ 6.61%. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಯೋಜನಾ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ 57%, ಕಷ್ಟ ಪ್ರದೇಶದಿಂದ 11.3% ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಿಂದ ಒಟ್ಟು 31.18% ಇದ್ದಾರೆ. ಇತರ ಹಿಂದುಳಿದ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯಾತರು ಜೆಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ ಯೋಜನೆಯ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ 66.21% ರಷ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿಗಳು ಸುಮಾರು 25.5% ಮತ್ತು ಉಳಿದ 8.29% ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ.

4.4.3 ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ (ಪಿಎ)

ಇದು 100% ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರ ಪ್ರಾಯೋಜಿತ ಯೋಜನೆಯಾಗಿದೆ. ಎಸ್‌ಸಿ, ಎಸ್‌ಟಿ ಮತ್ತು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ವಿಭಾಗದ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಸವದ ನಂತರದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಅವರ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶದ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ಇದು ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವಾಗಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯ ಮುಖ್ಯ ಗುರಿ ಬಡ ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ತಮ್ಮ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶದ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಮತ್ತು ಅವರ ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ಜನನ ತೂಕದ ಸುಧಾರಣೆಯನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸುವುದು. ಇದು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಶಿಶುಗಳ ಉಳಿವನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕದ ಎಂಎಂಆರ್ ಮತ್ತು ಐಎಂಆರ್ ಅನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಅರ್ಹತಾ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ಎರಡನೇ ಜನನ ಆದೇಶದವರೆಗಿನ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ವಿತರಿಸಿದ ಅರ್ಹ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಒಟ್ಟು 57.3% ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಯಾವುದೇ ವಿಳಂಬವಿಲ್ಲದೆ ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. 0.5% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ವಿಳಂಬದ ನಂತರ ಅದನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇನ್ನೂ 41.6% ಮಹಿಳೆಯರು ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ (ಪಿಎ) ಸ್ವೀಕರಿಸಿಲ್ಲ. ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಪಡೆದ ಸುಮಾರು 17.4% ಜನರು ಹಾವೇರಿಯವರು. ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ಇದು ಸುಮಾರು 13.8% ರಷ್ಟಿದ್ದರೆ, ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ ಇದು 11% ಅರ್ಹ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಪಿಎ ಪಡೆದ ಒಟ್ಟು ಅರ್ಹ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದ 9% ದಾಖಲಾಗಿದೆ, ಚಿಕ್ಕ ಮಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಪಡೆದ ಅರ್ಹ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಕಡಿಮೆ 6.1% ರಷ್ಟು ಇದೆ.

ಭೌಗೋಳಿಕ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ, ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಪಡೆದ ಅರ್ಹ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ 7.7% ಜನರು ಪ್ರಯಾಸಕರ ಪ್ರದೇಶದಿಂದ ಬಂದವರು, 30.2% ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು 19.4% ನಗರವಾಸಿಗಳಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ವರ್ಗವಾರು ಒಬಿಸಿಯು 37.4%, ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿಯು 15.3% ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದ 4.5% ಅರ್ಹ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. 2015-16ರಲ್ಲಿ ಹಣದ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ಒಂದು ವರ್ಷದಿಂದ ವಿತ್ತೀಯ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಿರಲಿಲ್ಲ. ಆಫೀಸ್ ಕಂಟ್ರೋಲರ್ ಜನರಲ್ ಆಫ್ ಅಕೌಂಟ್ಸ್ (ಸಿಜಿಎ) ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಿದ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸಿದ ವೆಬ್ ಆಧಾರಿತ ಆನ್‌ಲೈನ್ ಸಾಫ್ಟ್‌ವೇರ್ ಅಪ್ಲಿಕೇಶನ್‌ನ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಣಕಾಸು ನಿರ್ವಹಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆ (ಪಿಎಫ್‌ಎಂಎಸ್) ಅನ್ನು ಬಳಸುತ್ತಿರುವ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಕಡೆಯಿಂದಲೂ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿವೆ, ಇದು ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

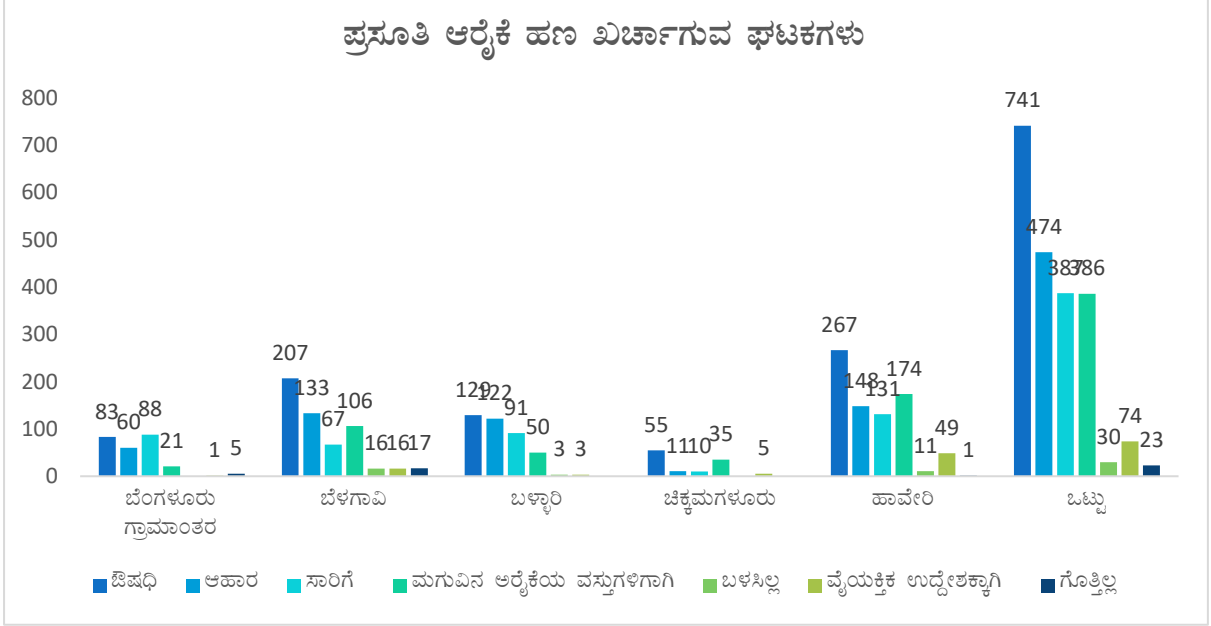
ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಕೋಷ್ಟಕ 4.30 ಒಟ್ಟು ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು.

ಜಿಲ್ಲೆ	ವಿಳಂಬವಾಗಿದೆ	ಇಲ್ಲ	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	1	112	0	131	244
ಶೇಕಡವಾರು	0.1	7.7	0.0	9.0	16.8
ಬೆಳಗಾವಿ	0	174	4	200	378
ಶೇಕಡವಾರು	0.0	12.0	0.3	13.8	26.1
ಬಳ್ಳಾರಿ	1	122	5	159	287
ಶೇಕಡವಾರು	0.1	8.4	0.3	11.0	19.8
ಬೆಳ್ಳಮಗಳೂರು	3	126	0	89	218
ಶೇಕಡವಾರು	0.2	8.7	0.0	6.1	15.0
ಹಾವೇರಿ	2	70	0	252	324
ಶೇಕಡವಾರು	0.1	4.8	0.0	17.4	22.3
ಪ್ರದೇಶವಾರು					
ಪ್ರಯಾಸಕರ ಸ್ಥಳ	1	63	2	112	178
ಶೇಕಡವಾರು	0.1	4.3	0.1	7.7	12.3
ಗ್ರಾಮೀಣ	5	280	3	438	726
ಶೇಕಡವಾರು	0.3	19.3	0.2	30.2	50.0
ನಗರ	1	261	4	281	547
ಶೇಕಡವಾರು	0.1	18.0	0.3	19.4	37.7
ಜಾತಿ					
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	0	0	0	1	1
ಶೇಕಡವಾರು	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
ಒಬಿಸಿ	4	419	5	542	970
ಶೇಕಡವಾರು	0.3	28.9	0.3	37.4	66.9
ಎಸ್ ಸಿ	2	137	4	222	365
ಶೇಕಡವಾರು	0.1	9.4	0.3	15.3	25.2
ಎಸ್ ಟಿ	1	48	0	66	115
ಶೇಕಡವಾರು	0.1	3.3	0.0	4.5	7.9
ಒಟ್ಟು	7	604	9	831	1451
ಶೇಕಡವಾರು	0.5	41.6	0.6	57.3	100.0

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ * ಶೇಕಡಾವಾರು ಪಡೆಯಲು ಎಲ್ಲಾ ಕೋಶ ಮೌಲ್ಯಗಳನ್ನು 1451 ರಿಂದ ಭಾಗಿಸಲಾಗಿದೆ

ಚಿತ್ರ 4.12 ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಹಣ ಖರ್ಚಾಗುವ ಘಟಕಗಳು.



ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಹಣವನ್ನು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಔಷಧಿಗಳು, ಆಹಾರ, ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆ ಉತ್ಪನ್ನಗಳು ಮತ್ತು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಬಳಕೆಯನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಖರೀದಿಸಲು ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಬಹುಪಾಲು ಜನರು ಇದನ್ನು ಔಷಧಿ ಮತ್ತು ಆಹಾರವನ್ನು ಖರೀದಿಸಲು ಬಳಸಿದ್ದಾರೆ.

4.4.4 ಮಡಿಲು ಕಿಟ್

ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಹೆರಿಗೆ ನಂತರದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಮತ್ತು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ, ಎಸ್ಸಿ ಮತ್ತು ಎಸ್ ಟಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯರನ್ನು ಎಎನ್‌ಸಿ ಆರೈಕೆ, ರೋಗನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯಗೊಳಿಸಲು ಸರ್ಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವಂತೆ ಪ್ರೇರೇಪಿಸಲು ಮಡಿಲು ಕಿಟ್‌ಗಳನ್ನು ವಿತರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಭವಿಷ್ಯದ ಇತರ ತಾಯಂದಿರನ್ನು ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಪ್ರೇರೇಪಿಸುವುದು ಇದರ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.31 ಒಟ್ಟು ಮಡಿಲು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು.

ಜಿಲ್ಲೆ	ವಿಳಂಬವಾಗಿದೆ	ಇಲ್ಲ	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	1	95	0	148	244
ಶೇಕಡವಾರು	0.1	6.5	0.0	10.2	16.8
ಬೆಳಗಾವಿ	1	168	2	207	378
ಶೇಕಡವಾರು	0.1	11.6	0.1	14.3	26.1
ಬಳ್ಳಾರಿ	0	56	3	228	287
ಶೇಕಡವಾರು	0.0	3.9	0.2	15.7	19.8
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	1	38	0	179	218
ಶೇಕಡವಾರು	0.1	2.6	0.0	12.3	15.0
ಹಾವೇರಿ	1	21	0	302	324

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಶೇಕಡವಾರು	0.1	1.4	0.0	20.8	22.3
ಪ್ರದೇಶವಾರು					
ಪ್ರಯಾಸಕರ ಸ್ಥಳ	0	35	1	142	178
ಶೇಕಡವಾರು	0.0	2.4	0.1	9.8	12.3
ಗ್ರಾಮೀಣ	2	192	3	529	726
ಶೇಕಡವಾರು	0.1	13.2	0.2	36.5	50.0
ನಗರ	2	151	1	393	547
ಶೇಕಡವಾರು	0.1	10.4	0.1	27.1	37.7
ಜಾತಿ					
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	0	0	0	1	1
ಶೇಕಡವಾರು	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
ಒಬಿಸಿ	3	269	4	694	970
ಶೇಕಡವಾರು	0.2	18.5	0.3	47.8	66.9
ಎಸ್ ಸಿ	1	86	1	277	365
ಶೇಕಡವಾರು	0.1	5.9	0.1	19.1	25.2
ಎಸ್ ಟಿ	0	23	0	92	115
ಶೇಕಡವಾರು	0.0	1.6	0.0	6.3	7.9
ಒಟ್ಟು	4	378	5	1064	1451
ಶೇಕಡವಾರು	0.3	26.1	0.3	73.3	100.0

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ * ಎಲ್ಲಾ ಕೋಶ ಮೌಲ್ಯಗಳನ್ನು 1451 ರಿಂದ ಭಾಗಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಒಟ್ಟು 73.3% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಅರ್ಹ ಮಹಿಳೆಯರು ಮಡಿಲು ಕಿಟ್‌ಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಂದ ಡಿಸ್ಟಾರ್ಟ್ ನಂತರ 0.3% ಮಹಿಳೆಯರು ಕಿಟ್‌ಗಳನ್ನು ಪಡೆದರು, ಹೊಸದಾಗಿ ಹುಟ್ಟಿದ ಆರೈಕೆ ಕಿಟ್ ಗಳನ್ನು 26.1% ಮಹಿಳೆಯರು ಸ್ವೀಕರಿಸಿಲ್ಲ. 73.3% ಪಿಎ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ 20.8% ಅರ್ಹ ಮಹಿಳಾ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಕೂಡಲೇ ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಕೇವಲ 2 ಸದಸ್ಯರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಡಿಸ್ಟಾರ್ಟ್ ಆದ ನಂತರ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ 12.3% ಮಹಿಳಾ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ಸಿಕ್ಕಿದೆ. ಅಂತೆಯೇ, ಇದು ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ 15.7% ಮತ್ತು ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ 14.3% ಆಗಿದೆ. ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಅರ್ಹ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ 10.2% ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಕೇಂದ್ರ ಸ್ಥಾನದಿಂದ ಕನಿಷ್ಠ 30 ಕಿ.ಮೀ ದೂರದಲ್ಲಿರುವ 9.8% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ಪಡೆದರೆ, 36.5% ಮಹಿಳೆಯರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು 27 ಮಹಿಳೆಯರು. 1% ನಗರ ಪ್ರದೇಶದವರು ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ಪಡೆದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ, 47.8% ರಷ್ಟು ಇತರ ಹಿಂದುಳಿದ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯಾತರು, 19.1% ರಷ್ಟು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಮತ್ತು 6.3% ರಷ್ಟು ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ.

4.4.5 ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಪ್ಲಸ್

ಈ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ, ಎಸ್‌ಸಿ ಮತ್ತು ಎಸ್‌ಟಿ ವರ್ಗದ ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯಕ್ಕೆ ನೋಂದಾಯಿತರಾಗದವರು ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದ ಖಾಸಗಿ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಮ್ಸ್ / ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ರೂ.1,000 ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ. ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ 9.78% ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು

ದೊರೆತಿವೆ. ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಪ್ಲಸ್ ಸ್ಕೀಮ್ ಪಡೆದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ 22.86% ಬೆಂಗಳೂರಿನವರು, 34.29% ಬೆಳಗಾವಿ ಮತ್ತು 17.4% ಹಾವೇರಿ ಯವರು. ಬಳ್ಳಾರಿ (8.57%) ಯೋಜನೆಯ ಕನಿಷ್ಠ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.32 ಒಟ್ಟು ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಪ್ಲಸ್ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು.

ಜಿಲ್ಲೆ	ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಪ್ಲಸ್	ಅನುಪಾತ	ಒಟ್ಟು ಖಾಸಗಿ ಹೆರಿಗೆ	ಅನುಪಾತ
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	8	22.86	40	11.17
ಬೆಳಗಾವಿ	12	34.29	186	51.96
ಬಳ್ಳಾರಿ	3	8.57	62	17.32
ಬೆಳ್ತಮಗಳೂರು	6	17.14	39	10.89
ಹಾವೇರಿ	6	17.14	31	8.66
ಒಟ್ಟು	35	100.00	358	100.00

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ಕೋಷ್ಟಕ 4.33 ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಪ್ಲಸ್ ಜನಾಂಗವಾರು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು.

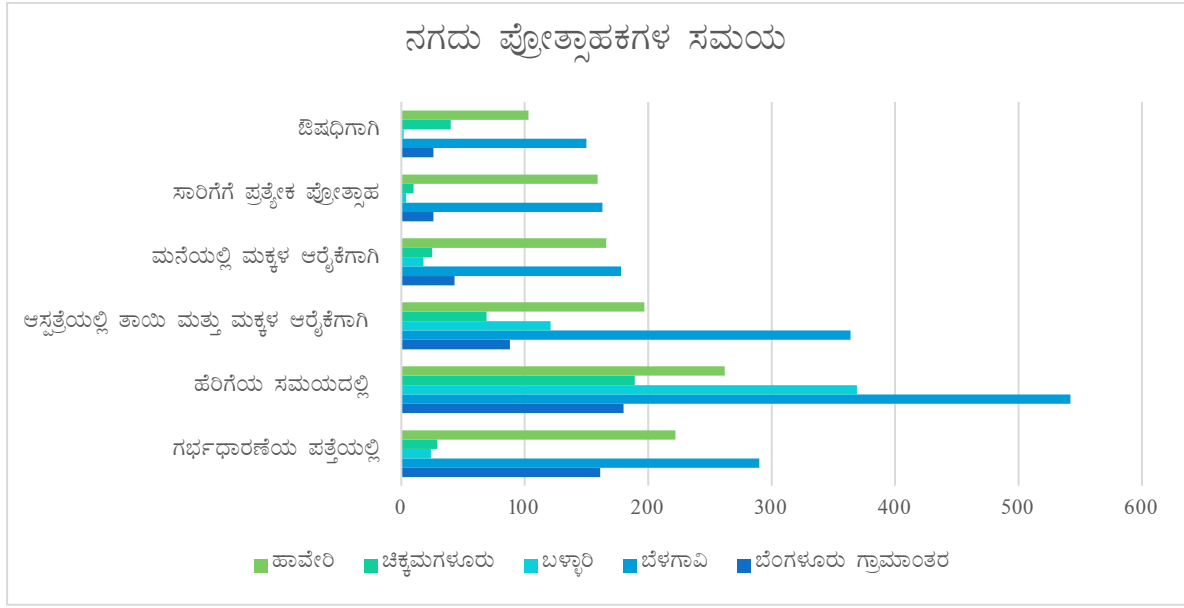
ಜಾತಿ	ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಪ್ಲಸ್	ಅನುಪಾತ	ಒಟ್ಟು ಖಾಸಗಿ ಹೆರಿಗೆ	ಅನುಪಾತ
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1	0.28
ಒಬಿಸಿ	28	80.00	278	77.65
ಎಸ್ ಸಿ	6	17.14	57	15.92
ಎಸ್ ಟಿ	1	2.86	22	6.15
ಒಟ್ಟು	35	9.78	358	100.00

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರಲ್ಲಿ 80% ಒಬಿಸಿ ಮತ್ತು ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯಾತರು, 17.14% ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಮತ್ತು 2.86% ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಚಿತ್ರ 4.13 ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕಗಳ ಸಮಯದ ಬಗ್ಗೆ ಫಲಾನುಭವಿ ಅಭಿಪ್ರಾಯ



ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದ ಅಗತ್ಯವಿದೆ ಎಂದು ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹಿಳೆಯರು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಪತ್ತೆಯಲ್ಲಿ, ಕೆಲವರು ಔಷಧ ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆಗೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ನೀಡಬೇಕು ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಿಸಿದ್ದಾರೆ.

4.5 ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮರ್ಪಕತೆಗಳು.

ಹಣಕಾಸಿನ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಹಣಕಾಸು ತಂತ್ರಗಳನ್ನು ಅನೇಕ ಕಡಿಮೆ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮ-ಆದಾಯದ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಅನ್ವಯಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ, ಮತ್ತು ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕೇಂದ್ರದ ಗುರಿಯಾಗಿದೆ. ಇನ್ನೂ, ಅಂತಹ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಅವುಗಳ ಪ್ರಭಾವದ ಬಗ್ಗೆ ಕೆಲವು ವಿಮರ್ಶೆಗಳಿವೆ. ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ, ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಅವರ ಶಿಶುಗಳ ಭವಿಷ್ಯವು ಸುಧಾರಿಸುತ್ತಿದೆ. 1990 ಮತ್ತು 2010 ರ ನಡುವೆ, ತಾಯಂದಿರ ಸಾವು ವಿಶ್ವಾದ್ಯಂತ ಸುಮಾರು 50% ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ತೀವ್ರವಾದ ರಕ್ತಸ್ರಾವವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಯುಟಿರೋನಿಕ್ಸ್ ಮತ್ತು ಬಸಿರುನಂಜನ್ನು ತಡೆಯಲು ಮೆಗ್ನೀಸಿಯಮ್ ಸಲ್ಫೇಟ್‌ನಂತಹ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆಗಳ ಬಳಕೆ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದೆ (ಮೋರ್ಗನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು, 2013)

ಕೋಷ್ಟಕ 4.34 ಆರ್ಥಿಕ ಸಮರ್ಪಕತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯ

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	ಇಲ್ಲ	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	217	2	35	254
ಶೇಕಡವಾರು	12.5	.1	2.0	14.6
ಬೆಳಗಾವಿ	440	2	85	527
ಶೇಕಡವಾರು	25.3	.1	4.9	30.3
ಬಳ್ಳಾರಿ	324	5	5	334
ಶೇಕಡವಾರು	18.6	.3	.3	19.2
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	237	1	4	242

ಶೇಕಡವಾರು	13.6	.1	.2	13.9
ಹಾವೇರಿ	371	0	11	382
ಶೇಕಡವಾರು	21.3	0.0	.6	22.0
ಒಟ್ಟು	1589	10	140	1739
ಶೇಕಡವಾರು	91.4	.6	8.1	100.0
ಪ್ರದೇಶವಾರು ವರ್ಗ				
ಪ್ರಯಾಸಕರ ಸ್ಥಳ	188	0	9	197
ಶೇಕಡವಾರು	10.8	0.0	.5	11.3
ಗ್ರಾಮೀಣ	804	6	107	917
ಶೇಕಡವಾರು	46.2	.3	6.2	52.7
ನಗರ	597	4	24	625
ಶೇಕಡವಾರು	34.3	.2	1.4	35.9
ಒಟ್ಟು	1589	10	140	1739
ಶೇಕಡವಾರು	91.4	.6	8.1	100.0
ಜಾತಿ				
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1	0	0	1
ಶೇಕಡವಾರು	.1	0.0	0.0	.1
ಒಬಿಸಿ	1062	5	92	1159
ಶೇಕಡವಾರು	61.1	.3	5.3	66.6
ಎಸ್ ಸಿ	392	4	41	437
ಶೇಕಡವಾರು	22.5	.2	2.4	25.1
ಎಸ್ ಟಿ	134	1	7	142
ಶೇಕಡವಾರು	7.7	.1	.4	8.2
ಒಟ್ಟು	1589	10	140	1739
ಶೇಕಡವಾರು	91.4	.6	8.1	100.0

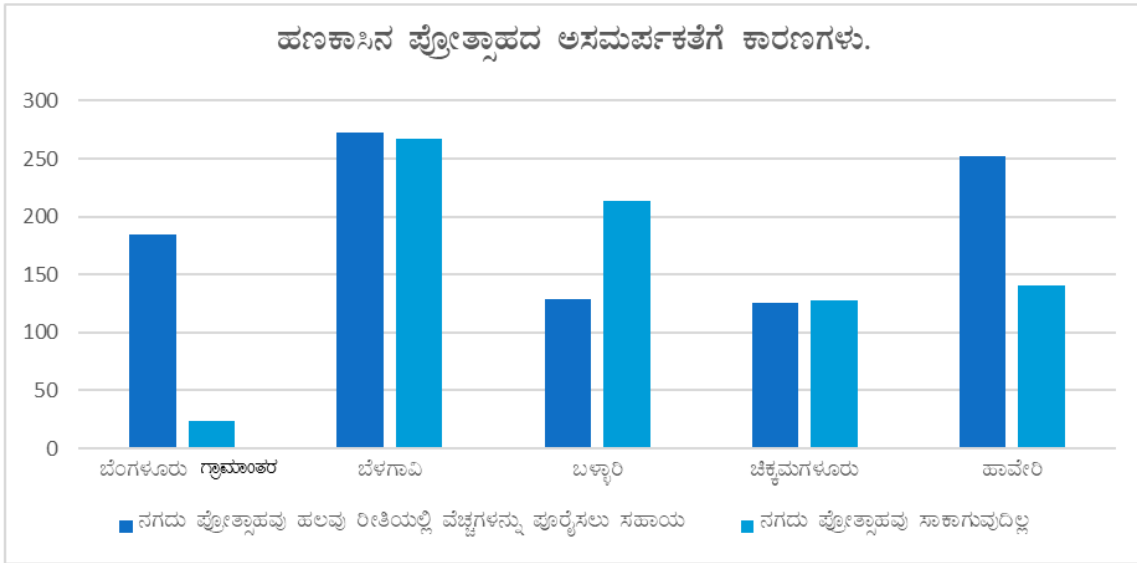
(ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ)

ಸಮರ್ಪಕತೆಯನ್ನು ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಅಥವಾ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದೆ ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ವಿವಿಧ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮರ್ಪಕತೆಯನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ, ನಾವು ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ್ದೇವೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸರಾಸರಿ ಮಾಸಿಕ ಆದಾಯವು ಸುಮಾರು 11,877 ರೂ. ಜೆಎಸ್‌ವೈ, ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ, ಮಡಿಸಿ ಕಿಟ್‌ನಂತಹ ವಿವಿಧ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರು ನಗದು ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಬೇಕಾದರೆ, ಅದು 700 + 1300 + 1675 = ಐಎನ್‌ಆರ್ 3675 ವರೆಗೆ ಇರುತ್ತದೆ, ಇದು ಮಾಸಿಕ ಆದಾಯದ ಸುಮಾರು 31% ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಬಹುಪಾಲು ಮಹಿಳಾ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು, ಅಂದರೆ ಸುಮಾರು 91.37% ಜನರು ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಒದಗಿಸುವ ಹಣಕಾಸಿನ ನೆರವು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿಲ್ಲ ಮತ್ತು 0.58% ಜನರು ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡಿಲ್ಲ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಸುಮಾರು 8.06% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಯೋಜನೆಗಳ ಲಾಭ ಸಾಕು ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಜಾತಿ, ಜಿಲ್ಲೆಗಳು, ಭೌಗೋಳಿಕತೆ ಮತ್ತು ಸಂಪತ್ತು ಸೂಚ್ಯಂಕದಾದ್ಯಂತ ಇದೇ ರೀತಿಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಇದೆ. ಬೆಳಗಾವಿ ದೊಡ್ಡ ಮಾದರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಸುಮಾರು 27.71% ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಜನರು ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದ ಅಸಮರ್ಪಕತೆಯನ್ನು ವರದಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ, ನಂತರ ಹಾವೇರಿ ಮತ್ತು ಬಳ್ಳಾರಿ 23.36% ಮತ್ತು 20.40% ರಷ್ಟು ಜನರು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಗಳ ಅಸಮರ್ಪಕತೆಯನ್ನು ವರದಿ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಮಾತೃತ್ವ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಹಣಕಾಸಿನ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವು ಅಸಮರ್ಪಕವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ ಚಿಕ್ಕ ಮಗಳೂರು ಮತ್ತು ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಭಾಗವು 14.92% ಮತ್ತು 13.60% ರಷ್ಟಿದೆ. ಅಂತೆಯೇ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ 50.57%, ಪ್ರಯಾಸಕರ ಪ್ರದೇಶದ 11.84% ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ 37.59% ರಷ್ಟು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವು ಅಸಮರ್ಪಕವೆಂದು ಭಾವಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಒಬಿಸಿಯ 66.75%, ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿಯ 24.75% ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದ 8.44% ತಾಯಂದಿರು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಆರ್ಥಿಕ ಅಸಮರ್ಪಕತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿದ್ದಾರೆ.

ಚಿತ್ರ 4.14 ಹಣಕಾಸಿನ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದ ಅಸಮರ್ಪಕತೆಗೆ ಕಾರಣಗಳು.



8.06% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಹಣಕಾಸಿನ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಭಾವಿಸಿದರು, ಇದು ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಕೆಲವು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಕಾರಣವನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸುತ್ತಾರೆ. ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ 61% ರಷ್ಟು ಜನರು ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವು ಕೆಲವು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಅಂತೆಯೇ, ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದ 25% ಮತ್ತು ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ 8% ಜನರು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನ ಸಮರ್ಪಕವೆಂದು ಭಾವಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಮತ್ತು ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ತಲಾ 3% ಜನರು ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವು ಕೆಲವು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. 2014-15 2015-16ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರವು ಹಸ್ತಾಂತರಿಸಿದ ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವು ಅಸಮರ್ಪಕವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಬಹುಪಾಲು ಎಎನ್‌ಎಂ ಮತ್ತು ಆಶಾ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಅಸಮರ್ಪಕವೆಂದು ಭಾವಿಸಿದವರು, ಅವರಿಗೆ ಕೇವಲ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಖರೀದಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಸ್ಟಾನ್‌ಡಿಂಗ್ ಮಾಡಲು ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವು ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆಯ್ದು ಕೆಲವರು, ಅಂದರೆ, ಸುಮಾರು 25% ಇದು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಎಂದು ಭಾವಿಸಿದ್ದಾರೆ, ಅಂದರೆ ಇದು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ತಲುಪಿದೆ.

4.6 ಯೋಜನೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ರಮಬದ್ಧತೆ, ಮತ್ತು ನಗದು ಮತ್ತು ಇತರ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕಗಳ ಸೂಕ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿತರಣೆ.

ಭಾರತದ ಫೆಡರಲ್ ಆರೋಗ್ಯ ಸಚಿವಾಲಯವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಹಣವನ್ನು ರಾಜ್ಯ ಖಜಾನೆಗಳಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿತು, ಅದರ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಿಂದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ನೇರ ಮಾರ್ಗವಹಿಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿತು. ಯಾವುದೇ ರಾಜ್ಯ ಖಜಾನೆಯು ನಿಗದಿತ 15 ದಿನಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಗೊತ್ತುಪಡಿಸಿದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಹಣವನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ಪ್ರವೃತ್ತಿಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ 113 ದಿನಗಳು ವಿಳಂಬವಾಗುತ್ತಿದೆ.

<https://amers1.proxy.cp.thomsonreuters.com/graphics/15/indiahealth/index.html>.

ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಎನ್‌ಹೆಚ್‌ಎಂ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ನಿಧಿಗಳ ವಿತರಣೆಯಲ್ಲಿ ನಿರಂತರತೆ ಮತ್ತು ಕ್ಷುಪ್ತತೆ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಲಾಯಿತು. ಫಲಾನುಭವಿಗೆ ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕಗಳನ್ನು ಸೂಕ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿತರಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ತಾಲ್ಲೂಕು ಆರೋಗ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು (ಟಿಎಚ್‌ಒ), ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು (ಆರ್‌ಸಿಒಒ) ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು (ಡಿಎಚ್‌ಒ) ಎಎನ್‌ಎಂಎಸ್ ಮತ್ತು ಆಶಾ ಅವರೊಂದಿಗೆ ಸಂದರ್ಶನ ನಡೆಸಲಾಯಿತು.

ಆಶಾ / ಎ ಎನ್ ಎಂಎನ್ 1/5 ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ನಗದು ಸವಲತ್ತುಗಳನ್ನು ನೈಜ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿತರಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟರು. ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಹಣದ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ, ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಹಣವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಅಸಮರ್ಥತೆಯಿಂದಾಗಿ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಹಣ ತಲುಪದಿರುವುದು ವಿಳಂಬಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೆಚ್ಚಿನ ಆಶಾ ಮತ್ತು ಎಎನ್‌ಎಂ ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ.

ಪ್ರಯಾಣದ ಸವಾಲುಗಳಿಂದಾಗಿ ದೂರದ ಮತ್ತು ಹಿಂದುಳಿದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಜನರನ್ನು ತಲುಪುವುದು ಕಷ್ಟ ಎಂದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಭಾವಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಆ ಮೂಲಕ ಈ ಗುಂಪುಗಳು ಹೊರಗುಳಿಯುತ್ತವೆ ಅಥವಾ ಅವರನ್ನು ತಲುಪಲು ಪದೇ ಪದೇ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ನಡೆಯುತ್ತವೆ. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅವರೊಂದಿಗೆ ಯಾವ ನಿಧಿ ಲಭ್ಯವಿದೆ ಎಂಬುದರ ಮೂಲಕ ಅವರು ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ, ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಮತ್ತು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಅಗತ್ಯವಾದ ದಾಖಲಾತಿಗಳ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಹಣವನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸುವುದು ಕಷ್ಟಕರವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅದು ಹಣವನ್ನು ವಿಳಂಬಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಹಣ ಲಭ್ಯವಾದ ನಂತರ ಅವರನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸುವುದು ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ.

ತಾಲ್ಲೂಕು ಮಟ್ಟದ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ವಲಸಿಗ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಅಗತ್ಯವಾದ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ವಿಫಲವಾಗಿದೆ, ಅದಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಅವರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಿಂದ ಹೊರಗುಳಿಯುತ್ತಾರೆ, ಆದರೆ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳಿಗೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಮೊತ್ತವನ್ನು ವಿತರಿಸುತ್ತಾರೆ ಹಾಗೂ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವವರು ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ. ಅನೇಕ ಕಾರಣಗಳಿಂದಾಗಿ, ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ನೀಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಹೆಚ್ಚಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಮತ್ತು ಟಿಎಚ್‌ಒಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎನ್‌ಎಚ್‌ಎಂಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ನಿಧಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕೊರತೆಯಿಲ್ಲ ಎಂದು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ್ದಾರೆ, ಆದರೆ ರಾಜ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಯೋಜನೆಗಳು ಸೂಕ್ತ ಸಮಯದ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವನ್ನು ವಿತರಿಸಲು ಕಷ್ಟಕರವಾಗಿವೆ, ಏಕೆಂದರೆ ಅವರಿಗೆ ಬಜೆಟ್ ಯಾವಾಗ ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತದೆ ಎಂದು ತಿಳಿದಿಲ್ಲ. ಬಜೆಟ್ ಬಂದಾಗಲೆಲ್ಲಾ ಅವರು ಅದನ್ನು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ವಿತರಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ನೈಜ ಸಮಯದ ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು 2 ರೀತಿಯದಾಗಿದೆ ಎಂದು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಆರ್‌ಸಿಎಚ್ ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ: ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಬಿಪಿಎಲ್ ಕಾರ್ಡ್ ಮತ್ತು ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆಗೆ ಹಾಗೂ ದಾಖಲೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ್ದು, ಇನ್ನೊಂದು ಆಡಳಿತಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದೆ, ಅದು ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಹಣವಿದೆಯೇ ಎಂಬ ಖಾತ್ರಿಯಾಗಿದೆ. ಆರ್‌ಸಿಎಚ್‌ಒ ಒಬ್ಬರು ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರವಾದ ನೈಜಾಂಶವನ್ನು ನೀಡಿದರು, ಅದು ಮೊದಲು ಶೂನ್ಯ ಬ್ಯಾಲೆನ್ಸ್ ಖಾತೆ ತೆರೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದೆ. ಜನಧನ್ ಖಾತೆ. ಕನಿಷ್ಠ ರೂ 500 ರೊಂದಿಗೆ ಖಾತೆಯನ್ನು ತೆರೆಯುವುದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿತ್ತು ಮತ್ತು ರೂ 600 - ರೂ 700 ನ ಲಾಭಕ್ಕಾಗಿ ಖಾತೆ ತೆರೆಯಲು ಜನರಿಗೆ ತೊಂದರೆಗಳಿವೆ. ಚೆಕ್ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಅವರು ಎತ್ತಿ ತೋರಿಸಿದರು. ಚೆಕ್ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ಮತ್ತು ಅದರ ಹಣ ಬಿಡುಗಡೆಗೊಳಿಸಲು ಇದು 2-3 ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಒಬ್ಬರು ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ತೆರೆದ ಸ್ಥಳಗಳಿಗೆ ಪ್ರಯಾಣಿಸಿ ನಂತರ ಚೆಕ್ ಅನ್ನು ಠೇವಣಿ ಇಡಬೇಕಾಗಿತ್ತು. ಚೆಕ್‌ನ ಹಣ ಪಡೆಯಲು ಇದು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಕನಿಷ್ಠ 3-5 ಕೆಲಸದ ದಿನಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ, ಡಿಬಿಟಿ ವಿತರಣೆಯ ಸಮಯವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿದೆ ಮತ್ತು ಫಲಾನುಭವಿಯು ವರ್ಗಾವಣೆಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ವಿಚಾರಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲ ಎಂದು ಅವರು ಗಮನಸೆಳೆದರು. ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಮಾಡಬೇಕಾಗಿರುವುದು ಅಗತ್ಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವುದು. ಬಿಪಿಎಲ್ ಕಾರ್ಡ್‌ಗಳಲ್ಲೂ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿವೆ. ಕುಟುಂಬದಿಂದ ಬೇರ್ಪಟ್ಟ ಹೊಸದಾಗಿ ಮದುವೆಯಾದ ದಂಪತಿಗಳಿಗೆ ಬಿಪಿಎಲ್ ಕಾರ್ಡ್ / ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರದಂತಹ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸಲು ತೊಂದರೆಗಳು ಎದುರಾಗುತ್ತವೆ. ಅವರು ಪೋಷಕರ ಕುಟುಂಬದೊಂದಿಗೆ ಬಿಪಿಎಲ್ ಕಾರ್ಡ್ ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ ಆದರೆ ಅವರ ಕುಟುಂಬವು ಇತರ ಫಲಾನುಭವಿಗಳೊಂದಿಗೆ ನಿಜವೆಂದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ತಮ್ಮ ಸಂದರ್ಶನಗಳಲ್ಲಿ ಅವರು ಬಜೆಟ್ ಹಂಚಿಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಅವರು ಪಿಐಪಿ ಜೊತೆಗೆ ಬಜೆಟ್ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದರು ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರ ಹಂಚಿಕೆ ಮಾಡಿದ ನಂತರ ಬಜೆಟ್ ಜಿಲ್ಲೆಗೆ ಬರುವ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ವಿಳಂಬ ಇರುತ್ತದೆ. ಮೊದಲಿಗೆ, ಇದು ಹೆಚ್ಚು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿತ್ತು, ಈಗ ಎಲ್ಲವನ್ನೂ ಸುವ್ಯವಸ್ಥಿತಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಎನ್ ಹೆಚ್ ಎಂ ಬಜೆಟ್ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತದೆ.

ಅವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ರಾಜ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಬಜೆಟ್ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಬಜೆಟ್ ಮಂಜೂರಾದಾಗ ಮಾತ್ರ ಅವರು ಅದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆಹಚ್ಚಲು ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಖಜಾನೆಗೆ ತಮ್ಮದೇ ಆದ ವಿಧಾನಗಳ ಮೂಲಕ ವಿತರಿಸುತ್ತದೆ. ಎನ್‌ಎಚ್‌ಎಂ ಬಜೆಟ್‌ಗಳನ್ನು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯವು ಅದನ್ನು ಪಡೆದ ನಂತರ ಅವರಿಗೆ ನಿಧಿಗಳು ಲಭ್ಯವಿದೆ. ರಾಜ್ಯ ಧನಸಹಾಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಸೂಕ್ತ ಸಮಯದ ವಿತರಣೆಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆಹಚ್ಚುವುದು ಕಷ್ಟ ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವರು ಮೊದಲ ಕಂತುಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಕೆಲವರು ಎರಡನೆಯ ಕಂತುಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ರಾಜ್ಯ ಪ್ರಾಯೋಜಿತ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಎನ್‌ಎಚ್‌ಎಂನಲ್ಲಿ ಅನುಸರಿಸಿದ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಉತ್ತಮವಾಗಿವೆ ಎಂದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ.

ಜೆಎಸ್‌ವೈಗೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಬಿಪಿಎಲ್ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಅನುಮೋದನೆ ಕೂಡ ಉತ್ತಮವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಎಂದು ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ್ದಾರೆ, ಆದರೆ ಅನೇಕ ವೈದ್ಯರು ಇದನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನ ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ. ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ವಿಲೇವಾರಿಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಹಣವಿದೆ ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಕೆಳಮಟ್ಟದ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿದೆ ಎಂದು ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ.

4.7 ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ

ಅಧ್ಯಯನದ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲಿನ ಸಾರಿಗೆಯನ್ನು ಜನರು ತಮ್ಮ ಸ್ಥಳದಿಂದ ಇನ್ನೊಂದಕ್ಕೆ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅಥವಾ ದಿನನಿತ್ಯದ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆಗಾಗಿ ಅಥವಾ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಿಂದ ಸಂಬಂಧಿತ ಎಎನ್‌ಸಿ ಅಥವಾ ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸುವ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಗಿದೆ. ಸಾರಿಗೆ ವಿಧಾನವು ದ್ವಿಚಕ್ರ, ಬಸ್, ಖಾಸಗಿ ವಾಹನ (ಖಾಸಗಿ ಸಾಮೂಹಿಕ ಸಾರಿಗೆ), ನಡಿಗೆ, ಸರ್ಕಾರಿ ಆಂಬುಲೆನ್ಸ್, ಟ್ಯಾಕ್ಸಿ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಆಂಬುಲೆನ್ಸ್ ಅನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಎಎನ್‌ಸಿ ಸೇವೆಗಳು ಮತ್ತು ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮತ್ತು ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಯಂತಹ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಸಾರಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ, ಆದರೆ ಅದು ವಾಸಿಸುವ ಪ್ರದೇಶದೊಳಗೆ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ. ಇದಲ್ಲದೆ, ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ನಿರ್ಬಂಧದಿಂದಾಗಿ ಹತ್ತಿರದ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದಾಗ ಅಥವಾ ಸೇವೆಯು ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವ ಇತರ ಕಾರಣಗಳಿದ್ದಾಗ ಸೇವೆಯ ಲಭ್ಯತೆಯೊಂದಿಗೆ ದೂರದ ಸ್ಥಳಗಳಿಗೆ ಪ್ರಯಾಣಿಸುವುದು ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ವಿಶಿಷ್ಟವಾಗಿ, ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಆರೈಕೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಸೇವೆಗಳ ಬಳಕೆ ಅಥವಾ ಖರೀದಿಯನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಒಂದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಭೇಟಿ ಇರುತ್ತದೆ. ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳು, ಈ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟಾರೆ ಬಳಸಿದ ಅಥವಾ ಖರೀದಿಸಿದ ಸೇವೆಗಳ ವೆಚ್ಚದ ಭಾಗವಾಗಿದೆ. ಬಳಸಿದ ಸಾರಿಗೆ ವಿಧಾನದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಲೆಕ್ಕಹಾಕಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಸೇವೆಯ ಬಳಕೆ ಅಥವಾ ಖರೀದಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಾರಿಗೆಯನ್ನು ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಲಾಗಿದೆ.

4.7.1 ಒಟ್ಟಾರೆ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳು

ಎಎನ್‌ಸಿ, ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಪಿಎನ್‌ಸಿ ಸೇರಿದಂತೆ ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಗೆ ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ 4.26 ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತುತಪಡಿಸಲಾದ ವೆಚ್ಚಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಜನರಿಗೆ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಬಳಸಿದ ಸ್ಥಳವನ್ನು ಲೆಕ್ಕಿಸದೆ ತಾಯಿಯ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಪ್ರತಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ತಗಲುವ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಕೋಷ್ಟಕ 4.35 ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಗೆ ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

	ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ - ಸರ್ಕಾರಿ			ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ - ಖಾಸಗಿ			ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ - ಒಟ್ಟು		
	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ	Mean	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	95 ಸಿಐ
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	3213	2825	2865-3560	4611	9456	1680-7541	3403	4361	2904-3902
ಬೆಳಗಾವಿ	3573	3229	3298-3849	6740	9365	5394-8085	4399	5695	3981-4817
ಬಳ್ಳಾರಿ	4622	4439	4146-5098	8750	11018	6007-11493	5268	6133	4664-5872
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	5201	4650	4615-5787	10110	17603	4585-15634	5882	7972	4950-6814
ಹಾವೇರಿ	3403	2553	3147-3659	2981	2520	2094-3868	3372	2550	3126-3618
ಒಟ್ಟು	3911	3607	3742-4081	6892	10636	5790-7993	4420	5596	4180-4660
ಪ್ರದೇಶವಾರು									
ಪ್ರಯಾಗಸಕರ ಸ್ಥಳ	3840	3035	3416-4263	5519	3817	4130-6909	4055	3187	3640-4471
ಗ್ರಾಮೀಣ	3633	3528	3404-3861	6851	10799	5493-8209	4307	5992	3962-4652
ನಗರ	4342	3843	4041-4644	7468	11719	4992-9945	4721	5519	4315-5126
ಒಟ್ಟು	3911	3607	3742-4081	6892	10636	5790-7993	4420	5596	4180-4660
ಜಾತಿ									
ಎಸ್ ಸಿ	3768	3522	3565-3971	6970	11250	5647-8292	4388	6002	4077-4698
ಎಸ್ ಟಿ	4235	4010	3859-4611	7158	9287	4747-9569	4572	4989	4132-5012
ಒಬಿಸಿ	4105	2854	3636-4575	5345	4529	3452-7237	4271	3142	3791-4752
ಒಟ್ಟು	3911	3607	3744-4083	6900	10650	5795-8004	4420	5596	4182-4662

5 ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಒಟ್ಟು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ರೂ 4420 ಆಗಿದೆ. ಇದು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ ಭೇಟಿಗಳು, ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸಾರಿಗೆ ಮತ್ತು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿಗೆ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಭೇಟಿಗಳು, ತಪಾಸಣೆ ಮತ್ತು ಯೋಗಕ್ಷೇಮವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಈ ಸಾರಿಗೆ

ಅಂದಾಜು ರೂ 4182 ರಿಂದ ರೂ 4662 ರಷ್ಟಿರಬಹುದು. ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಬಳಸುವ ಜನರ ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ರೂ 6900 ಆಗಿತ್ತು. ಇದು ರೂ 5795 - ರೂ 8004 ನಡುವೆ ಬದಲಾಗಬಹುದಾಗಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ ಜನರು ಸರಾಸರಿ ರೂ 3911 ಅನ್ನು ರೂ 3607 ರ ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನದೊಂದಿಗೆ ಕಳೆದರು ಮತ್ತು ಅಂದಾಜು ಸರಾಸರಿ ರೂ 3742 ರ ಕಡಿಮೆ ಸರಾಸರಿ ಮತ್ತು 4081 ರ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸರಾಸರಿ ನಡುವೆ ಬದಲಾಗಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ 3213 ರೂಪಾಯಿಯೊಂದಿಗೆ ಕಡಿಮೆ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ಇದೆ. ಕಡಿಮೆ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ರಸ್ತೆಗಳ ಉತ್ತಮ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದಿರುವ ಸಣ್ಣ ಭೌಗೋಳಿಕ ಪ್ರದೇಶ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಸಾರಿಗೆಯ ಅವರ್ತನದೊಂದಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಾರಿಗೆ ವಿಧಾನಗಳು ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಬೆಂಗಳೂರಿನ ಸಾರಿಗೆ ಅಂದಾಜು ರೂ 2865 ರಿಂದ ಐಎನ್‌ಆರ್ 3560 ರವರೆಗೆ ಬದಲಾಗಿದೆ. ತೃತೀಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ತಲುಪಲು ಪ್ರಯಾಣಿಸಬೇಕಾದ ದೂರವೂ ಕಡಿಮೆ.

ಬೆಳಗಾವಿಯ ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ರೂ 3573. ಇದು 10 ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಬೃಹತ್ ಜಿಲ್ಲೆಯಾಗಿದ್ದು, ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪ್ರವೇಶಿಸಲು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಸ್ಕಾನಿಂಗ್‌ನಿಂದಾಗಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ, ಇದು ತಾಲ್ಲೂಕು ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ಸ್ಥಳದ ಆಯ್ಕೆಯಿಂದ ಮಾತ್ರ ಸಾಧ್ಯ ಮತ್ತು ಪ್ರಯಾಣಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಬೆಳಗಾವಿನಲ್ಲಿ ಅಂದಾಜು ಸರಾಸರಿ ರೂ 3298- ರೂ 3849 ನಡುವೆ ಬದಲಾಗಿದೆ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಸಾಗಣೆಯು ರೂ 4622 ಆಗಿದ್ದು, ನಾವು 8,447 ಕಿಮೀ ಅನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡರೆ ಮತ್ತು ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಾರಿಗೆಯ ಅವರ್ತನವನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿದರೆ, ಅಂದಾಜು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ರೂ 4146 ನ ಕಡಿಮೆ ಮಿತಿಯನ್ನು ಮತ್ತು ರೂ 5098 ಮೇಲಿನ ಮಿತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಸರಾಸರಿ ರೂ 5201; ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಪ್ರದೇಶ ಮತ್ತು ವಿರಳ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಹೊಂದಿರುವ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆಯ ಲಭ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಅವರ್ತನ ಸೀಮಿತವಾಗಿದೆ ಆದ್ದರಿಂದ ಇತರ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಅಂದಾಜು ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ರೂ 4615 ಆಗಿರಬಹುದು ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚದ ಮೇಲಿನ ಮಿತಿ ರೂ 5787 ಆಗಿದೆ. ಹಾವೇರಿಯ ವಿಸ್ತೀರ್ಣ 4823 ಚದರ. ಕಿ.ಮೀ. ಜಿಲ್ಲೆಯು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಸಾರಿಗೆ ವಿಧಾನಗಳೊಂದಿಗೆ ವಾಹನ ಸಾರಿಗೆಗೆ ಯೋಗ್ಯವಾದ ರಸ್ತೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ರೂ 3403. ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿನ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಸರಾಸರಿ ರೂ 200 ನ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ. ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ರೂ 3147 ರಿಂದ ರೂ 3659 ವರೆಗೆ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ.

ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟಾರೆ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ಬಳಸಿದ ಸಾರಿಗೆ ವಿಧಾನಗಳೊಂದಿಗೆ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆಯನ್ನು ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ಕಷ್ಟಕರ ಪ್ರದೇಶಗಳ ನಡುವಿನ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ರೂ 200 ನಿಂದ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸರಾಸರಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ಕಷ್ಟಕರ ಪ್ರದೇಶದ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ರೂ 3633 ಮತ್ತು ರೂ 3840 ರೂಪಾಯಿಗಳು. ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಸರಾಸರಿ ರೂ 4342. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ರೂ 500 ಮೊತ್ತದಿಂದ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಲಾದ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳು ಜಿಲ್ಲಾ ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ತಾಲ್ಲೂಕು ಕೇಂದ್ರ ಕಚೇರಿಗಳು ಅಥವಾ ನಗರ ಪಿಎಚ್‌ಸಿ / ಸಿಎಚ್‌ಸಿ / ಟಿಎಚ್ / ಡಿಹೆಚ್ ಅನ್ನು ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ನಮ್ಮ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ಖಾಸಗಿ ಸಾರಿಗೆ ಸಾಧನಗಳು ಎಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿದ್ದರೂ ಜನರು ಅದನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ನಾವು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದೇವೆ ಮತ್ತು ನಗರ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವೈಯಕ್ತಿಕಗೊಳಿಸಿದ ಸಾರಿಗೆ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಹ ಆದ್ಯತೆ ಇದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ಒಟ್ಟು ತಾಯಿಯ ಖರ್ಚಿನ 21 % ವರೆಗೆ ಇರುತ್ತದೆ.

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ, ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ, ಬಹುಶಃ ಖಾಸಗಿ ಸಾರಿಗೆ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಮಾರ್ಗಗಳ ಸಾರಿಗೆಯ ಬಳಕೆಯಿಂದಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಾರಿಗೆಗಿಂತ ಇದು ದುಬಾರಿಯಾಗಿದೆ. ಒಬಿಸಿ, ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದ ನಡುವಿನ ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚದ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಮಾದರಿ ಗಾತ್ರ ಮತ್ತು ಬಳಸಿದ ಸಾರಿಗೆ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸದಿಂದ ವಿವರಿಸಬಹುದು.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.36 ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ವಿಭಜಿಸುವುದು - ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ಹಾಗೂ ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ಹಂತವಾರು.

ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಹಂತ	ನಿಯತಾಂಕಗಳು	ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	ಬೆಳಗಾವಿ	ಬಳ್ಳಾರಿ	ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	ಹಾವೇರಿ	ಒಟ್ಟು
1 ನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಸಾರಿಗೆಯ ಸರಾಸರಿ	Mean	406	655	698	776	609	634
	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	547	744	887	725	663	736
	95 ಸಿಐ	339-473	591-718	603-793	685-868	543-676	599-668
2 ನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಸಾರಿಗೆಯ ಸರಾಸರಿ	Mean	609	760	1216	1107	810	885
	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	888	963	1168	1121	812	1010
	95 ಸಿಐ	500-718	678-842	1091-1341	965-1248	729-891	837-932
3 ನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಸಾರಿಗೆಯ ಸರಾಸರಿ	Mean	790	1017	1528	1483	1064	1157
	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	1188	1264	1460	1420	1015	1293
	95 ಸಿಐ	644-936	909-1125	1371-1684	1303-1662	962-1166	1096-1217
ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆಯ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚ	Mean	1408	1161	1193	1846	920	1246
	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	1322	1412	3020	3469	1213	2163

	95 ಸಿಐ	1245– 1570	1040– 1281	869– 1517	1409– 2283	799– 1042	1144– 1348
ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಹರಿಗೆಯ ನಂತರ	Mean	570	564	515	842	683	622
	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	641	668	688	706	742	698
	95 ಸಿಐ	491–649	507– 621	441– 589	753– 931	609– 758	589– 655
ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	Mean	3213	3573	4622	5201	3403	3911
	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	2825	3229	4439	4650	2553	3607
	95 ಸಿಐ	2865– 3560	3298– 3849	4146– 5098	4615– 5787	3147– 3659	3742– 4081

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

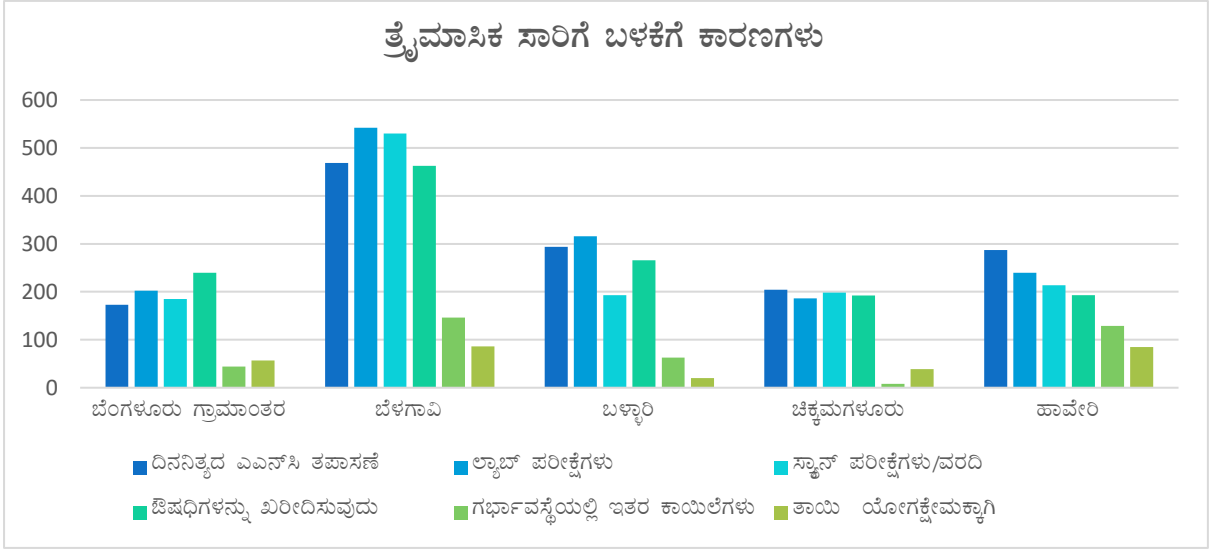
ಮೊದಲ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ

ಮೊದಲ ತ್ರೈಮಾಸಿಕದ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ರೂ 766, ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ ರೂ 698, ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ರೂ 655, ಬೆಂಗಳೂರಿನ ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ರೂ 406 ಮತ್ತು ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ ರೂ 609 ಆಗಿತ್ತು. ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಬಳಸಿದ ಸಾರಿಗೆ ಸಾಧನಗಳು ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆಯನ್ನು ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಬಳಸಲಾಗಿದೆ ಎಂಬುದು. ದಿನನಿತ್ಯದ ಎಎನ್‌ಸಿ ತಪಾಸಣೆ, ಲ್ಯಾಬ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು / ವರದಿಗಳು, ಸ್ಕಾನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು / ವರದಿಗಳು, ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಇತರ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಬಳಸುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳಾಗಿವೆ.

ಮಾದರಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಗೆ ಸರಾಸರಿ 1 ನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ರೂ 634 ಆಗಿದೆ. ವೆಚ್ಚವು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ದೃಢೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ಭೇಟಿಗಳು, ಮೊದಲ ಎಎನ್‌ಸಿ ತಪಾಸಣೆ, ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಸ್ಕಾನಿಂಗ್, ಔಷಧಿಗಳ ಖರೀದಿ ಮತ್ತು ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ವರದಿಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸುವುದನ್ನು ಸಹ ಇದು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಚಿತ್ರ 4.15 ಮೊದಲ ತ್ರೈಮಾಸಿಕದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ಬಳಕೆಗೆ ಕಾರಣ



ಎರಡನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ

ಎರಡನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಸಾರಿಗೆ ಸರಾಸರಿ ರೂ 942 ಆಗಿತ್ತು. ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ವೆಚ್ಚವು ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ ರೂ 1318 ರಷ್ಟಿತ್ತು, ಮತ್ತು ಅತಿ ಕಡಿಮೆ ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ರೂ 652 ರಷ್ಟಿತ್ತು. ಸಾರಿಗೆ ಕಾರಣವು ಮೊದಲ ತ್ರೈಮಾಸಿಕದಂತೆಯೇ ಇತ್ತು.

ಎರಡನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ರೂ 885 ಆಗಿತ್ತು, ಇದರಲ್ಲಿ ಎಎನ್ ಸಿ ಭೇಟಿಗಳು, ಹೆಚ್ಚಿನ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಸ್ಕ್ರೀನಿಂಗ್ ಭೇಟಿಗಳು ಮತ್ತು ಔಷಧಿಗಳ ಖರೀದಿ ಸೇರಿವೆ. ಈ ಸಮಯದಲ್ಲಿಯೇ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಯಾಣಿಸುತ್ತಾರೆ ಏಕೆಂದರೆ ಅವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಸರ್ಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಹೊರಗಿನ ಸ್ಕ್ರೀನಿಂಗ್ ಅನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಯೋಗಕ್ಷೇಮಕ್ಕಾಗಿ ನ್ಯೂಟ್ರಾಸ್ಯೂಟಿಕಲ್‌ಗಳಿಗೆ ಸಲಹೆ ನೀಡುತ್ತಾರೆ.

ಮೂರನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ

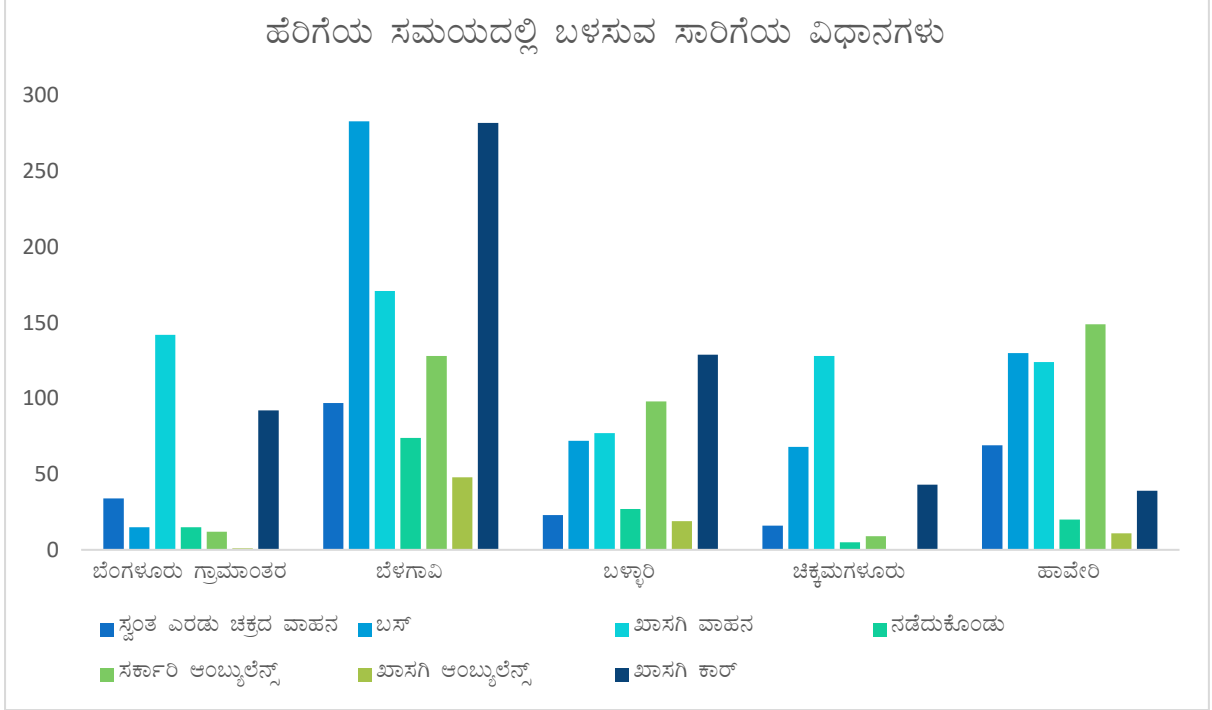
ಮೂರನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಸರಾಸರಿ ರೂ 1157 ಆಗಿತ್ತು. ಇದು ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ ರೂ 1528, ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ರೂ 790 ವರೆಗೆ ಇತ್ತು. ಪ್ರಯಾಣದ ಕಾರಣಗಳಲ್ಲಿ ಎಎನ್‌ಸಿ ಭೇಟಿಗಳು, ಹೆಚ್ಚಿನ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಸ್ಕ್ರೀನಿಂಗ್ ಭೇಟಿಗಳು ಮತ್ತು ಔಷಧಿಗಳ ಖರೀದಿ ಸೇರಿವೆ.

ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ

ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ರೂ 1246 ಆಗಿದೆ. ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಕಂಡು ಬಂದಿದ್ದು ಸರಾಸರಿ ರೂ 1846 ಸಾರಿಗೆಗಾಗಿ ವ್ಯಯಿಸಲಾಗಿದೆ, ಬಳ್ಳಾರಿ ನಂತರದ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದ್ದು ಸರಾಸರಿ ರೂ 1193 ಮತ್ತು ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸರಾಸರಿ ರೂ 1408 ಖರ್ಚು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಹೆರಿಗೆಯ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಕನಿಷ್ಠ ಸಾರಿಗೆ ಮೊತ್ತದ ಸರಾಸರಿ ಹಾವೇರಿ (INR 920) ಯಲ್ಲಿತ್ತು. ವೆಚ್ಚದ ವ್ಯತ್ಯಾಸವು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಹೆರಿಗೆ ಸ್ಥಳವನ್ನು ತಲುಪಲು

ಪ್ರಯಾಣಿಸಿದ ದೂರ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಬಳಸುವ ಸಾರಿಗೆ ಸಾಧನಗಳ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿರಬಹುದು. ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿದ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಅದು ವಿವರಿಸುತ್ತದೆ.

ಚಿತ್ರ 4.16 ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬಳಸುವ ಸಾರಿಗೆಯ ವಿಧಾನಗಳು



ಬಳಸಿದ ಸಾರಿಗೆ ಸಾಧನಗಳಲ್ಲಿ ಪಾವತಿಸಿದ ಖಾಸಗಿ ವಾಹನ ಮತ್ತು ಟ್ಯಾಕ್ಸಿ ಸೇರಿವೆ, ಇದನ್ನು ಜನರು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಸಾರಿಗೆ ಸಾಧನವಾಗಿ ಬಳಸುತ್ತಾರೆ. ಸುಮಾರು 4 ಜನರು ಹೆರಿಗೆಯ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಾರಿಗೆಯನ್ನು ಬಳಸಿದ್ದಾರೆ. 20% ಜನರು ಸರ್ಕಾರಿ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಅನ್ನು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸಾರಿಗೆ ಸಾಧನವಾಗಿ ಬಳಸಿದ್ದಾರೆ. ಸುಮಾರು 7% ಜನರು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಕಾಲ್ನಡಿಗೆಯಲ್ಲಿ ತೆರಳಿದರು.

ಹೆರಿಗೆ ನಂತರದ ಸಾರಿಗೆ

ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರದ ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ರೂ 622 ಆಗಿದ್ದು, ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರಿನ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಪಾವತಿಸಿದ್ದು ಸರಾಸರಿ ರೂ 842 ಆಗಿದೆ. ಜನರು ಪಾವತಿಸುವ ಸರಾಸರಿ ಮೊತ್ತವು ಇತರ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ರೂ 500 ರಿಂದ ರೂ 700 ಆಗಿತ್ತು. ಹೆಚ್ಚಾಗಿ, ಖಾಸಗಿ ವಾಹನದ ಪ್ರಯಾಣವು ರೋಗನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದಗಳು ಮತ್ತು ಮನೆಗೆ ಹಿಂದಿರುಗುವ ಪ್ರಯಾಣವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

ಸಾರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚವು ವಿವಿಧ ಟ್ರೈಮಿಸ್ಟರ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯವರೆಗೂ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಾ ಹೋಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಇದು ಮೊದಲ ಟ್ರೈಮಿಸ್ಟರ್ ಹಂತದಲ್ಲಿನ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚದ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕೆ ಹಿಂದಿರುಗುತ್ತದೆ. ಈ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯು ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಸಾರಿಗೆ ವಿಧಾನದ ಆಯ್ಕೆಗೊಂದಿಗೆ ಅರ್ಥೈಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಯಾಣದ ದೂರ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯು ಕಾಲಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ಹೆಗೆ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಅರ್ಥೈಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹೆರಿಗೆಯ ತುರ್ತು

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರಬಹುದು ಮತ್ತು ಅನೇಕರು ಖಾಸಗಿ ವಾಹನ ಅಥವಾ ಟ್ಯಾಕ್ಸಿಯನ್ನು ಆರಿಸಬೇಕಾಗಬಹುದು, ಇದು ಲಭ್ಯವಿರುವ ಇತರ ಸಾರಿಗೆ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಹೆಚ್ಚು ವೆಚ್ಚವಾಗುತ್ತದೆ.

ಜಾತಿವಾರು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ

ಒಬಿಸಿ ಮತ್ತು ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯಾತರ ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ರೂ 3768 ಆಗಿದೆ. ನಿಗದಿತ ಜಾತಿಗಳಿಗೆ ಇದು ರೂ 4235 ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡಗಳಿಗೆ ಅದು ರೂ 4105 ಆಗಿದೆ. ಸರಾಸರಿಯಾಗಿ, ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಒಬಿಸಿಗಿಂತ ರೂ 467 ಮತ್ತು ನಿಗದಿತ ಬುಡಕಟ್ಟುಗಳಿಗಿಂತ ರೂ 130 ಹೆಚ್ಚು ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡಗಳು ಒಬಿಸಿಗಿಂತ ರೂ 337 ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದೆ. ಜಿಲ್ಲಾ ನಿಯತಾಂಕಗಳಂತೆ ಉಳಿದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ತೈಮಾಸಿಕವಾರು ವೆಚ್ಚಗಳು, ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರಸವದ ನಂತರದ ವೆಚ್ಚಗಳು. ವೆಚ್ಚಗಳಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಬಳಸಿದ ಸಾರಿಗೆ ವಿಧಾನಗಳು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಪ್ರಯಾಣಿಸಿದ ದೂರ ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆಯನ್ನು ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಬಳಸಲಾಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಆಧರಿಸಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4.37 ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ, ಜಾತಿವಾರು ಮತ್ತು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಕ್ರಮಾನುಗತವಾರು.

ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಹಂತ	ನಿಯತಾಂಕಗಳು	ಒಬಿಸಿ	ಎಸ್‌ಸಿ	ಎಸ್‌ಟಿ	ಒಟ್ಟು
1 ನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಸಾರಿಗೆಯ ಸರಾಸರಿ	Mean	611	678	691	634
	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವೀಯೇಷನ್)	710	813	693	737
	95 ಸಿಐ	570-652	601-754	577-805	599-669
2 ನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಸಾರಿಗೆಯ ಸರಾಸರಿ	Mean	837	971	1015	885
	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವೀಯೇಷನ್)	991	1086	895	1010
	95 ಸಿಐ	780-894	869-1072	868-1162	838-933
3 ನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಸಾರಿಗೆಯ ಸರಾಸರಿ	Mean	1102	1254	1308	1157
	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವೀಯೇಷನ್)	1301	1311	1134	1293
	95 ಸಿಐ	1027-1177	1131-1377	1122-1495	1096-1218
ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆಯ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚ	Mean	1226	1350	1092	1246
	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವೀಯೇಷನ್)	1998	2740	1281	2164
	95 ಸಿಐ	1111-1341	1093-1607	881-1302	1144-1348
ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರದ ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	Mean	636	617	528	623
	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವೀಯೇಷನ್)	708	688	633	698
	95 ಸಿಐ	595-677	552-682	424-632	590-655
ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	Mean	3768	4235	4105	3913

	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡಿವಿಯೇಷನ್)	3522	4010	2854	3607
	95 ಸಿಐ	3565-3971	3859-4611	3636-4575	3744-4083

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

4.7.2 ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ವಿಭಜನೆ

ಕೋಷ್ಟಕ 4.38 ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಜಿಲ್ಲೆ, ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಭೌಗೋಳಿಕ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ವಿಭಜಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	<500	500- 1000	>1000 -1500	>1500 -2000	>2000 -2500	>2500 -3000	>3000- 3500	>3500- 4000	>4000	ಒಟ್ಟು
ಜಿಲ್ಲೆ										
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	16	45	37	17	14	25	13	11	75	253
ಶೇಕಡವಾರು	6.32	17.79	14.62	6.72	5.53	9.88	5.14	4.35	29.64	100.00
ಬೆಳಗಾವಿ	60	61	64	56	42	18	20	18	188	527
ಶೇಕಡವಾರು	11.39	11.57	12.14	10.63	7.97	3.42	3.80	3.42	35.67	100.00
ಬಳ್ಳಾರಿ	25	43	26	17	20	9	16	8	170	334
ಶೇಕಡವಾರು	7.49	12.87	7.78	5.09	5.99	2.69	4.79	2.40	50.90	100.00
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	10	25	17	18	12	7	8	11	134	242
ಶೇಕಡವಾರು	4.13	10.33	7.02	7.44	4.96	2.89	3.31	4.55	55.37	100.00
ಹಾವೇರಿ	51	39	27	18	21	23	33	25	145	382
ಶೇಕಡವಾರು	13.35	10.21	7.07	4.71	5.50	6.02	8.64	6.54	37.96	100.00
ಒಟ್ಟು	162	213	171	126	109	82	90	73	712	1738
ಜಾತಿ										
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ		1								1
ಶೇಕಡವಾರು		100.00								100.00
ಒಬಿಸಿ	130	131	125	80	75	57	58	51	450	1157
ಶೇಕಡವಾರು	11.24	11.32	10.80	6.91	6.48	4.93	5.01	4.41	38.89	100.00
ಎಸ್ ಸಿ	28	63	34	36	23	18	23	14	199	438
ಶೇಕಡವಾರು	6.39	14.38	7.76	8.22	5.25	4.11	5.25	3.20	45.43	100.00
ಎಸ್ ಟಿ	4	18	12	10	11	7	9	8	63	142
ಶೇಕಡವಾರು	2.82	12.68	8.45	7.04	7.75	4.93	6.34	5.63	44.37	100.00
ಒಟ್ಟು	162	213	171	126	109	82	90	73	712	1738
ಭೌಗೋಳಿಕತೆ										
ಪ್ರಯಾಸಕರ ಸ್ಥಳ	18	21	14	17	13	6	21	11	76	197
ಶೇಕಡವಾರು	9.14	10.66	7.11	8.63	6.60	3.05	10.66	5.58	38.58	100.00
ಗ್ರಾಮೀಣ	87	127	107	78	67	47	34	33	336	916
ಶೇಕಡವಾರು	9.50	13.86	11.68	8.52	7.31	5.13	3.71	3.60	36.68	100.00
ನಗರ	57	65	50	31	29	29	35	29	300	625
ಶೇಕಡವಾರು	9.12	10.40	8.00	4.96	4.64	4.64	5.60	4.64	48.00	100.00
ಒಟ್ಟು	162	213	171	126	109	82	90	73	712	1738
ಶೇಕಡವಾರು	9.32	12.26	9.84	7.25	6.27	4.72	5.18	4.20	40.97	100.00

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

59% ಜನರು ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ರೂ 4000 ವರೆಗೆ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಉಳಿದ 41% ಜನರು ಅದರೊಂದಿಗೆ ರೂ 4000 ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ, 9.32% ರಷ್ಟು ಜನರು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ರೂ 500 ವರೆಗೆ

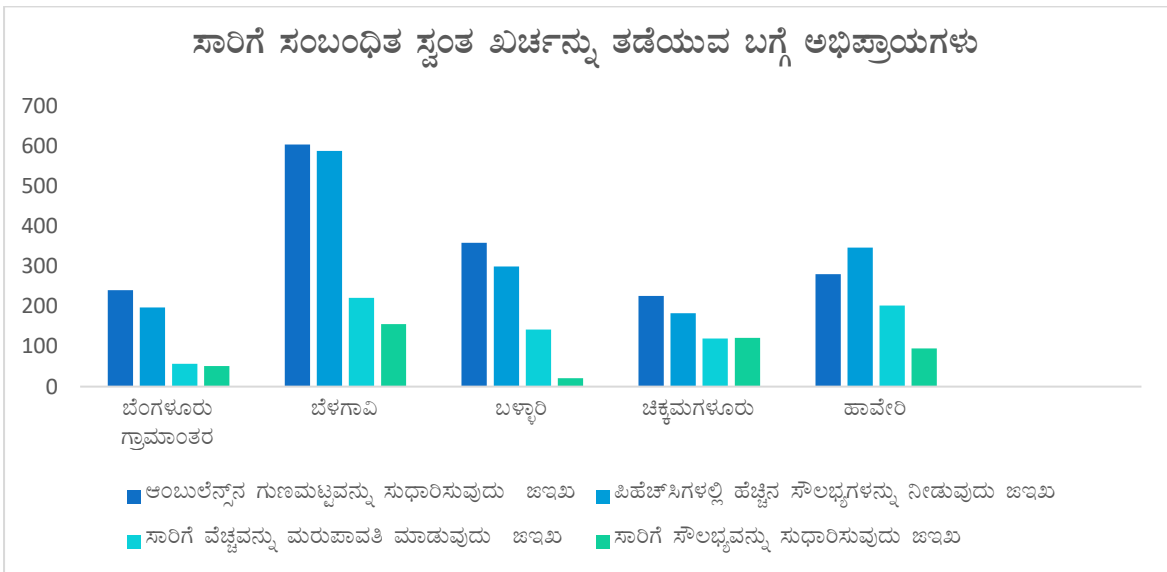
ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ, 12.26% ಜನರು ರೂ 500 ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ರೂ 1000 ದವರೆಗೂ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. 9.84% ಜನರು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮಾಡಿದ್ದು ಅದು ರೂ 1000 ರಿಂದ ರೂ 1500 ವರೆಗೆ ವೆಚ್ಚ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. 7.25% ಜನರು ರೂ. 1500 ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ರೂ 2000 ವರೆಗೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ರೂ 2000 ದಿಂದ ರೂ 2500 ವರೆಗಿನ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮಾಡಿರುವ ಜನರು ಶೇಕಡಾ 6.27% ರಷ್ಟಿದ್ದಾರೆ. 4.72% ಜನರು ರೂ 2500 ರಿಂದ ರೂ 3000 ವರೆಗೆ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ, 5.18% ಜನರು ರೂ 3000 ರಿಂದ ರೂ 3500 ವರೆಗೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. 4.2% ಜನರು ರೂ 3500 ರಿಂದ ರೂ 4000 ರವರೆಗೂ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ.

ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದ 70.36% ಜನರು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ರೂ 4000 ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಹೊಂದಿದ್ದರು ಮತ್ತು 29.64% ಜನರನ್ನು ಹೇಳುವುದೇನೆಂದರೆ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ರೂ 4000 ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಅಂತೆಯೇ, ಬೆಳಗಾವಿಯ 64.3% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸಾರಿಗೆಯಲ್ಲಿ ರೂ 4000 ಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದು ಮತ್ತು ಉಳಿದ 35.67% ರಷ್ಟು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ರೂ 4000 ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಮತ್ತು ಚಿಕ್ಕ ಮಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ರೂ 4000 ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿರುವ ಜನರು ಶೇಕಡಾ 49.10% ಮತ್ತು 44.63% ರಷ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಈ ಎರಡು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ 50% ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ರೂ 4000 ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ, 62% ಜನರು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ರೂ 4000 ಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ವರದಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಒಬಿಸಿಯ 61.11%, ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿಯ 54.57%; ಮತ್ತು 55.63% ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡಗಳು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ರೂ 4000 ವರೆಗೆ ಮಾಡಿದ್ದೇವೆ ಎಂದು ವರದಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. 61.42% ರಷ್ಟು ಜನರು ಪ್ರಯಾಸಕರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದ 63.32% ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು 52% ನಗರದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ರೂ 4000 ಒಳಗೆ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

4.7.3 ಸಾರಿಗೆಗೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ತಡೆಯುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯ

ಚಿತ್ರ 4.17 ಸಾರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿತ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ತಡೆಯುವ ಬಗ್ಗೆ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳು



ಆಂಬುಲೆನ್ಸ್‌ನ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದು ಅಥವಾ ಉತ್ತಮ ಒಪ್ಪಂದಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಥವಾ ಪಿಹೆಚ್‌ಸಿಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದು, ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮರುಪಾವತಿ ಮಾಡುವುದು ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದು, ಸಾರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿತ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಅನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಎಂದು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ.

4.8 ಕುಟುಂಬದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಮೂಲಗಳು

ಮೇಲಿನ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವ ತಂತ್ರಗಳು ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ, ಇದನ್ನು "ಕುಟುಂಬಗಳು ತಮ್ಮ ನಿಯಮಿತ ಆದಾಯ ಅಥವಾ ಉಳಿತಾಯದಿಂದ ನಿರ್ವಹಿಸಲಾಗದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ನಿವಾರಿಸಲು ಬಳಸುವ ಕ್ರಮಗಳು" ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಗಿದೆ (ದೈವದಾನಂ, ತಂಕಪ್ಪನ್, ಶರ್ಮಾ, ಮತ್ತು ಹರಿಕೃಷ್ಣನ್, 2012) ಭಾರತದಲ್ಲಿ, ಹೆಚ್ಚಿನ ಬಡ್ಡಿದರಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಸಾಲಗಾರರಿಂದ ಸಾಲ, ಉಳಿತಾಯ ಹಣ, ಆಸ್ತಿ ಮಾರಾಟ ಮತ್ತು ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಸಾಲಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಿಭಾಯಿಸುವ ತಂತ್ರಗಳಾಗಿವೆ. ಮನೆಯ ಆದಾಯಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಆರೈಕೆಯ ವೆಚ್ಚವು ಸಾಕಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದ್ದರೆ, ಪ್ರಸ್ತುತ ಆದಾಯದಿಂದ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ಶಿಕ್ಷಣ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಘಟನೆಗಳಂತಹ ಪ್ರಸ್ತುತ ಬಳಕೆಗಳ ತ್ಯಾಗವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರಬಹುದು ಆದರೆ ಆಹಾರ, ಬಟ್ಟೆ ಮತ್ತು ಆಶ್ರಯ ಮೂಲಭೂತ ಅಗತ್ಯಗಳು. ಬಡ ಕುಟುಂಬಗಳು ಎರವಲು ಮತ್ತು ಆಸ್ತಿಗಳ ಮಾರಾಟವನ್ನು ಆಶ್ರಯಿಸುತ್ತವೆ, ಆರ್ಥಿಕ ನಿರ್ಬಂಧವು ತೀವ್ರವಾಗಿದ್ದಾಗ ಮಾತ್ರ ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ತ್ಯಾಗಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ, ಪ್ರಸ್ತುತ ಬಳಕೆಯ ತ್ಯಾಗದ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ಸರಿಹೊಂದಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅಥವಾ ಮನೆಯ ಸಂತೋಷದಾಯಕ ಘಟನೆಯೆಂದು ಭಾವಿಸಲಾದ "ಮಗುವಿನ ಹೆರಿಗೆ" ಎಂಬ ಒಂದು ಆರೋಗ್ಯ ಘಟನೆಯು ಹಣಕಾಸಿನ ಅಡಚಣೆಗಳಿಂದಾಗಿ ಬಡವರನ್ನು ಬಡತನದ ಸಂಕೀರ್ಣತೆ ಅಥವಾ ವಿಷವರ್ತುಲಕ್ಕೆ ತಳ್ಳುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ ಎಂದು ಮೇಲಿನ ವಿಮರ್ಶೆಯಿಂದ ದೃಢಪಟ್ಟಿದೆ.

ಸಮೀಕ್ಷೆ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಉಳಿತಾಯವು ಆದ್ಯತೆಯ ವಿಧಾನವೆಂದು ತೋರುತ್ತದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಖಾಸಗಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ 20.67% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ 29.57% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಉಳಿತಾಯವನ್ನು ಮಾತ್ರ ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ. 21.50% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು 29.57% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಬಡ್ಡಿ ಸಾಲಕ್ಕಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಉಳಿತಾಯ, ಬಡ್ಡಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಾಲ, ಬಡ್ಡಿ ಇಲ್ಲದೆ ಸಾಲ, ಹೆಂಡತಿಯ ಮನೆಯಿಂದ ಬೆಂಬಲ, ಇತರ ಸಂಬಂಧಿಕರು, ಧಾನಿಗಳು ಮತ್ತು ಟ್ರಸ್ಟ್‌ಗಳಂತಹ ಎಲ್ಲಾ ಆಯ್ಕೆಗಳು ಮತ್ತು ಸಂಯೋಜನೆಗಳು ಉಳಿದ ಆಯ್ಕೆಗಳಾಗಿವೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಕೋಷ್ಟಕ 4.39 ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಮೂಲಗಳು

ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಮೂಲಗಳು		ಉಳಿತಾಯ	ಬಡ್ಡಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಾಲ	ಬಡ್ಡಿ ಇಲ್ಲದೆ ಸಾಲ	ಹೆಂಡತಿಯ ಮನೆಯಿಂದ ಬೆಂಬಲ	ಇತರ ಸಂಬಂಧಿಗಳು	ದಾನಿಗಳು	ಟ್ರಸ್ಟ್
ಜಿಲ್ಲೆ								
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ		31	11	4	4	4	0	0
	%	77.5	27.5	10.0	10.0	10.0	0.0	0.0
ಬೆಳಗಾವಿ		139	88	26	66	62	5	6
	%	74.7	47.3	14.0	35.5	33.3	2.7	3.2
ಬಳ್ಳಾರಿ		17	33	14	20	5	0	1
	%	27.4	53.2	22.6	32.3	8.1	0.0	1.6
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು		17	25	1	10	6	0	0
	%	43.6	64.1	2.6	25.6	15.4	0.0	0.0
ಹಾವೇರಿ		6	20	2	6	3	0	1
	%	19.4	64.5	6.5	19.4	9.7	0.0	3.2
ಒಟ್ಟು		210	177	47	106	80	5	8
	%	58.7	49.4	13.1	29.6	22.3	1.4	2.2
ಭೌಗೋಳಿಕತೆ								
ಪ್ರಯಾಸಕರ ಸ್ಥಳ		14	16	2	6	1	0	1
	%	48.30	55.2	6.9	20.7	3.4	0.0	3.4
ಗ್ರಾಮೀಣ		165	121	23	73	68	5	6
	%	67.90	49.8	9.5	30.0	28.0	2.1	2.5
ನಗರ		31	40	22	27	11	0	1
	%	36.00	46.5	25.6	31.4	12.8	0.0	1.2
ಒಟ್ಟು		210	177	47	106	80	5	8
	%	58.70	49.4	13.1	29.6	22.3	1.4	2.2
ಜಾತಿ								
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ		0	0	0	1	0	0	0
	%	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0
ಒಬಿಸಿ		171	131	33	79	63	2	4
	%	61.5	47.1	11.9	28.4	22.7	.7	1.4
ಎಸ್ ಸಿ		30	32	12	18	11	3	4
	%	52.6	56.1	21.1	31.6	19.3	5.3	7.0
ಎಸ್ ಟಿ		9	14	2	8	6	0	0
	%	40.9	63.6	9.1	36.4	27.3	0.0	0.0
ಒಟ್ಟು		210	177	47	106	80	5	8
	%	58.7	49.4	13.1	29.6	22.3	1.4	2.2

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು: ಹೆಂಡತಿಯ ಮನೆ / ಇತರ ಸಂಬಂಧಿಕರಿಂದ ಬಡ್ಡಿ / ಉಳಿತಾಯ / ಬಡ್ಡಿ ಸಾಲ / ಬಡ್ಡಿ ಇಲ್ಲದ ಸಾಲದೊಂದಿಗೆ ಸಂಯೋಜಿಸುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಮೂಲಗಳಾಗಿವೆ, ಅದರ ಮೂಲಕ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಾಗಿ ಪೂರೈಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಖಾಸಗಿ ವಲಯದಲ್ಲಿ, ಟ್ರಸ್ಟ್‌ಗಳು ಮತ್ತು ದಾನಿಗಳು ಕಡಿಮೆ ಬಳಕೆಯಾಗುವ ಮೂಲಗಳಾಗಿವೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, 58.7%

ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಮಾಡಲು ಮೂಲವಾಗಿ ಉಳಿತಾಯವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ, 49.4% ರಷ್ಟು ಜನರು ಇತರರಲ್ಲಿ ಬಡ್ಡಿಸಾಲವನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು ಒಂದು ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿ ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ, 13% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಬಡ್ಡಿ ಇಲ್ಲದ ಸಾಲವನ್ನು ಒಂದು ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿ ಬಳಸಿದ್ದಾರೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಸುಮಾರು 30% ಜನರು ಹೆಂಡತಿಯ ಮನೆಯಿಂದ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಒಂದು ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಂದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಚೊಚ್ಚಲ ಮಗುವಿನ ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಫಲಾನುಭವಿಯ ತಂದೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಮತ್ತೊಂದು 22.3% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸಾಲಗಳು ಮತ್ತು ಉಳಿತಾಯದಂತಹ ಇತರ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಕರಿಂದ ಸಹಾಯವನ್ನು ಕೋರಿದ್ದಾರೆ.

ಬಡ್ಡಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಾಲವನ್ನು ಒಂದು ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿ ನೋಡಿದರೆ, ಹಾವೇರಿ ಮತ್ತು ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರಿನ 64% ಜನರು ಸಾಲವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದರೆ, ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ 53% ಮತ್ತು ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ 47.3% ಜನರು ಸಾಲವನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಇತರ ಆಯ್ಕೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಂಯೋಜಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದ 27.5% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಮಾತ್ರ ಈ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎನ್ನಲಾಗಿದೆ.

ಕಷ್ಟಕರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ 55.2% ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ 50% ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ 46.5% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸಾಲವನ್ನು ಬಡ್ಡಿಯೊಂದಿಗೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಅಥವಾ ಇತರ ಆಯ್ಕೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ವರದಿಯಾಗಿದೆ. ಇದನ್ನು ಜಾತಿ ಅಂಶದಿಂದ ನೋಡಿದರೆ, 47% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಒಬಿಸಿ ಮತ್ತು ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯಾತರಿಗೆ ಸೇರಿದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ. 56% ಅನುಸೂಚಿತ ಜಾತಿ ಮತ್ತು 64% ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡಗಳು ಬಡ್ಡಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಾಲವನ್ನು ವಿಶೇಷ ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿ ಅಥವಾ ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಇತರ ಆಯ್ಕೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿವೆ.

ಮಾತೃತ್ವ ಸಂಬಂಧಿತ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ವಿಶೇಷ ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿ ಸಾಲ ಅಥವಾ ಇತರ ಆಯ್ಕೆಯೊಂದಿಗೆ ಉಳಿತಾಯವು ಆದ್ಯತೆಯ ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿದೆ. ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಭಾಗದ 77.5%, ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ 74.7%, ಬಳ್ಳಾರಿಯಿಂದ 27.4%, 43.6% ಮತ್ತು 19.4% ರಷ್ಟು ಮಂಗಳೂರು ಮತ್ತು ಹಾವೇರಿಯಿಂದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಉಳಿತಾಯವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎನ್ನಲಾಗಿದೆ.

ನಗರವಾಸಿಗಳಲ್ಲಿ ಉಳಿತಾಯವು ಕಡಿಮೆ ಇಷ್ಟವಾದ ಆಯ್ಕೆಗಳೆಂದು ತೋರುತ್ತದೆಯಾದರೂ, ಅವರಲ್ಲಿ 36% ಜನರು ಅದನ್ನು ಬಳಸಿದ ವರದಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿದಾರರು ಅಂದರೆ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ 67.90% ಜನರು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಅಥವಾ ಭಾಗಶಃ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಇದನ್ನು ಬಳಸಿದ್ದಾರೆ. ಕಷ್ಟದ ಪ್ರದೇಶದ 48.5% ರಷ್ಟು ಜನರು ಉಳಿತಾಯವನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಅಥವಾ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಸಂಬಂಧಿತ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿ ವರದಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. 30% ಜನರು ಹೆಂಡತಿಯ ಮನೆಯಿಂದ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಕೆಲವು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಂಡರು. 17% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಈ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಕೆಲವು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಬಳಸಿದರೆ ಉಳಿದವರು ಈ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಇತರ ಆಯ್ಕೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಂಯೋಜಿಸಿ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಕೋಷ್ಟಕ 4.40 ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಪೂರೈಸಿದ ಮೂಲಗಳು

ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಮೂಲಗಳು	ಉಳಿತಾಯ	ಬಡ್ಡಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಾಲ	ಬಡ್ಡಿಇಲ್ಲದೇ ಸಾಲ	ಹೆಂಡತಿಯ ಮನೆಯಿಂದ ಬೆಂಬಲ	ಇತರ ಸಂಬಂಧಿಗಳು	ದಾನಿಗಳು	ಟ್ರಸ್ಟ್
ಜಿಲ್ಲೆ							
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ	188	71	67	70	44	2	0
	74.3%	28.1%	26.5%	27.7%	17.4%	.8%	0.0%
ಬೆಳಗಾವಿ	391	164	46	140	71	7	6
	74.5%	31.2%	8.8%	26.7%	13.5%	1.3%	1.1%
ಬಳ್ಳಾರಿ	107	148	62	115	15	1	1
	32.2%	44.6%	18.7%	34.6%	4.5%	.3%	.3%
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	105	175	8	31	21	0	0
	43.4%	72.3%	3.3%	12.8%	8.7%	0.0%	0.0%
ಹಾವೇರಿ	184	198	42	66	52	6	3
	48.3%	52.0%	11.0%	17.3%	13.6%	1.6%	.8%
ಒಟ್ಟು	975	756	225	422	203	16	10
	56.3%	43.6%	13.0%	24.4%	11.7%	.9%	.6%
ಭೌಗೋಳಿಕತೆ							
ಪ್ರಯಾಸಕರ ಸ್ಥಳ	67	101	12	53	13	2	1
	34.4%	51.8%	6.2%	27.2%	6.7%	1.0%	.5%
ಗ್ರಾಮೀಣ	573	391	89	229	144	6	5
	62.7%	42.8%	9.7%	25.1%	15.8%	.7%	.5%
ನಗರ	335	264	124	140	46	8	4
	53.7%	42.3%	19.9%	22.4%	7.4%	1.3%	.6%
ಒಟ್ಟು	975	756	225	422	203	16	10
	56.3%	43.6%	13.0%	24.4%	11.7%	.9%	.6%
ಜಾತಿ							
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1	0	0	0	0	0	0
	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
ಒಬಿಸಿ	691	458	150	289	127	9	5
	59.8%	39.7%	13.0%	25.0%	11.0%	.8%	.4%
ಎಸ್ ಸಿ	222	231	57	100	55	7	5
	50.9%	53.0%	13.1%	22.9%	12.6%	1.6%	1.1%
ಎಸ್ ಟಿ	61	67	18	33	21	0	0
	43.3%	47.5%	12.8%	23.4%	14.9%	0.0%	0.0%
ಒಟ್ಟು	975	756	225	422	203	16	10
	56.3%	43.6%	13.0%	24.4%	11.7%	.9%	.6%

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು: ಹೆಂಡತಿಯ ಮನೆ / ಇತರ ಸಂಬಂಧಿಕರಿಂದ ಬಡ್ಡಿಗೆ / ಬೆಂಬಲವಿಲ್ಲದೆ ಉಳಿತಾಯ / ಬಡ್ಡಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಾಲ / ಸಾಲದೊಂದಿಗೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಮೂಲಗಳಾಗಿವೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯದಲ್ಲಿ, ಟ್ರಸ್ಟ್‌ಗಳು ಮತ್ತು ದಾನಿಗಳು ಕಡಿಮೆ ಬಳಕೆಯಾಗುವ ಮೂಲಗಳಾಗಿವೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, 56.3%

ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಒಂದು ಮೂಲವಾಗಿ ಉಳಿತಾಯವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ, 43.6% ರಷ್ಟು ಜನರು ಬಡ್ಡಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಾಲವನ್ನು ಇತರರೊಂದಿಗೆ ಒಂದು ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿ ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ, 13% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಆಸಕ್ತಿಯಿಲ್ಲದೆ ಸಾಲವನ್ನು ಒಂದು ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿ ಇತರ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಬಳಸಿದ್ದಾರೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. 24.4% ಜನರು ಹೆಂಡತಿಯ ಮನೆಯಿಂದ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಚೊಚ್ಚಲ ಮಗುವಿನ ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಫಲಾನುಭವಿಯ ತಂದೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಮತ್ತೊಂದು 11.7% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸಾಲಗಳು ಮತ್ತು ಉಳಿತಾಯದಂತಹ ಇತರ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಕರಿಂದ ಸಹಾಯವನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಲೋಕೋಪಕಾರಗಳು ಮತ್ತು ಟ್ರಸ್ಟ್‌ಗಳು ಕನಿಷ್ಠ ಬಳಕೆಯ ಮೂಲಗಳಾಗಿವೆ.

ಬಡ್ಡಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಾಲವನ್ನು ಒಂದು ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿ ನೋಡಿದರೆ, ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು 72.3% ಮತ್ತು ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ 52% ಜನರು ಈ ಸಾಲವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ, ಆದರೆ ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ 44.6% ಮತ್ತು ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ 31.2% ಜನರು ಸಾಲವನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಇತರ ಆಯ್ಕೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಂಯೋಜಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದ 28.1% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಮಾತ್ರ ಈ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಪ್ರಯಾಸಕರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ 51.8%, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ 42.8% ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ 42.3% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸಾಲವನ್ನು ಬಡ್ಡಿಯೊಂದಿಗೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಅಥವಾ ಇತರ ಆಯ್ಕೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಇದನ್ನು ಜಾತಿ ಅಂಶದಿಂದ ನೋಡಿದರೆ, ಒಬಿಸಿ ಮತ್ತು ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯಾತರಿಗೆ ಸೇರಿದ 40% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು, 53% ವೇಳಾಪಟ್ಟಿ ಜಾತಿ ಮತ್ತು 48% ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡಗಳು ಆಸಕ್ತಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಾಲವನ್ನು ವಿಶೇಷ ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿ ಅಥವಾ ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಇತರ ಆಯ್ಕೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಮಾತೃತ್ವ ಸಂಬಂಧಿತ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ವಿಶೇಷ ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿ ಅಥವಾ ಸಾಲ ಅಥವಾ ಇತರ ಆಯ್ಕೆಗಳ ಸಂಯೋಜನೆಯೊಂದಿಗೆ ಉಳಿತಾಯವು ಆದ್ಯತೆಯ ಸಾಧನವಾಗಿದೆ. ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಭಾಗದ 74.3%, ಬೆಳಗಾವಿಯಿಂದ 74.5%, ಬಳ್ಳಾರಿಯಿಂದ 32.2%, 43.4% ಮತ್ತು 48.3% ರಷ್ಟು ಜನರು ಚಿಕ್ಕ ಮಗಳೂರು ಮತ್ತು ಹಾವೇರಿಯಿಂದ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಉಳಿತಾಯವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕಷ್ಟದ ಪ್ರದೇಶದ ನಿವಾಸಿಗಳಲ್ಲಿ ಉಳಿತಾಯವು ಕಡಿಮೆ ಅನುಕೂಲಕರ ಆಯ್ಕೆಗಳೆಂದು ತೋರುತ್ತದೆಯಾದರೂ, ಅವರಲ್ಲಿ 34.4% ರಷ್ಟು ಜನರು ಅದನ್ನು ಬಳಸಲು ವರದಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆದಾರರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ 62.7% ರಷ್ಟು ಜನರು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಅಥವಾ ಭಾಗಶಃ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಇದನ್ನು ಬಳಸಿದ್ದಾರೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ 53.7% ರಷ್ಟು ಜನರು ಉಳಿತಾಯವನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಅಥವಾ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಸಂಬಂಧಿತ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. 60% ಒಬಿಸಿ ಮತ್ತು ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯಾತ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಸಂಬಂಧಿತ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ವಿಶೇಷ ಅಥವಾ ಸಾಲ ಅಥವಾ ಉಳಿತಾಯ ಮತ್ತು ಇತರ ಆಯ್ಕೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಂಯೋಜನೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಹೇಳಲಾಗಿದೆ, 51% ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಪ್ರತಿಸ್ಪಂದಕರು ಮತ್ತು 43.3% ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡಗಳು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಉಳಿತಾಯ ಹಣವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡಿವೆ. 24.4% ಜನರು ಹೆಂಡತಿಯ ಮನೆಯಿಂದ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಕೆಲವು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

46.60% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಈ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಕೆಲವು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಬಳಸಿದರೆ ಉಳಿದವರು ಈ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಇತರ ಆಯ್ಕೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಂಯೋಜಿಸಿ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಫಲಾನುಭವಿಗಳೊಂದಿಗಿನ ಕೇಂದ್ರೀತ ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆಗಳು: ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಖರ್ಚಿಗಾಗಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮೂಲಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸಿವೆ

- ಮೊದಲ ಹೆರಿಗೆಯ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ಪೋಷಕರು ಪಾವತಿಸುತ್ತಾರೆ.
- 5-10% ಬಡ್ಡಿದರದಲ್ಲಿ ಹಣವನ್ನು ಸಾಲಗಾರರಿಂದ ಎರವಲು ಪಡೆದು.
- ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ, ಬಡ್ಡಿಯನ್ನು ಪಾವತಿಸಿದ ನಂತರ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಸಾಲವನ್ನು ಮರುಪಾವತಿಸಲು 1-2 ವರ್ಷಗಳು ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ
- ಉಳಿತಾಯ,
- ಸಂಬಂಧಿಕರು,
- ಸ್ನೇಹಿತರು
- ಸ್ವ ಸಹಾಯ ಸಂಘದಿಂದ ಸಾಲ,
- ಸಮಾಜದಿಂದ
- ಚೆನ್ನದ ಸಾಲ,
- ಭೂಮಿ ಅಥವಾ ಇತರ ಆಸ್ತಿಗಳನ್ನು ಅಡವು ಇಟ್ಟು.

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ, ಇದು ಈ ರೀತಿಯ ತಕ್ಷಣದ ಅಗತ್ಯಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ಔಪಚಾರಿಕ ಬೆಂಬಲವಿಲ್ಲದ ಕಾರಣ ಉಳಿತಾಯ, ಪೋಷಕರ ಬೆಂಬಲ, ಸ್ವಸಹಾಯ ಸಂಘಗಳು, ಸಂಘಗಳ ಸಾಲ ಅಥವಾ ಹಣ ಸಾಲಗಾರರಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ದರದಲ್ಲಿ ಹಣವನ್ನು ಎರವಲು ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ ಎಂಬುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಕೆಲವು ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆಯಲ್ಲಿ, ಚರ್ಚಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಭೂಮಿ ಅಥವಾ ಇತರ ಸ್ವತ್ತುಗಳಂತಹ ಅಡವು ಇಡುವುದರ ಮೂಲಕ ವಿಭಿನ್ನ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಅವರು ಹಣವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸುತ್ತಾರೆ.

4.9 "ಉತ್ತಮ ತಲುಪುವಿಕೆ"ಯು ತಾಯಿಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿತ್ವವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುತ್ತದೆ.

ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಉನ್ನತ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತುತ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಲು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಹಂತಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸಿದ್ದಾರೆ.

- ಎ) ಹೆಚ್ಚಿನ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಎಎನ್‌ಎಂಗಳನ್ನು ನೇಮಿಸಿ.
- ಬಿ) ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ.
- ಸಿ) ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಮೂಲ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು.

ಡಿ) ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕಗಳ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿ.

ಇ) ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು 24 X 7 ಲಭ್ಯವಿರಬೇಕು.

ಎಫ್) ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್, ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಮತ್ತು ಔಷಧಿ ಲಭ್ಯವಾಗಬೇಕು.

ಜಿ) ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ತರದಾಯಿತ್ವ.

ಎಚ್) ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಗಳ ಮೂಲಕ ನೇರವಾಗಿ ಹಣ ವರ್ಗಾವಣೆಯನ್ನು ಮಾಡಬೇಕು.

ಐ) ಅರಿವು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು: ಮಾಹಿತಿಯು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ತಲುಪಿದೆಯೇ ಎಂದು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು.

ಜೆ) ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಸುಲಭಗೊಳಿಸುವುದು.

ಕೆ) ಸರ್ಕಾರವು ಅಲ್ಪಾವಧಿಯ ಸಾಲಗಳಿಗೆ ಅನುಕೂಲ ಮಾಡಿಕೊಡಬೇಕು.

ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ಪ್ರಸ್ತುತ ಸನ್ನಿವೇಶವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಹಂತಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸಿದರು.

ಎ) ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗಳ ಉತ್ತಮ ತಲುಪುವಿಕೆ

ಬಿ) ಸಮಯಕ್ಕೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಹಣವನ್ನು ಒದಗಿಸಿ, ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ

ಸಿ) ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಅರಿವು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಸರ್ಕಾರದ ಸವಲತ್ತುಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಡಿ) ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ರಕ್ತದ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಬೇಕು.

4.10 ಬೆಳಗಾವಿ ಮಾದರಿ

ಬೆಳಗಾವಿ ವಿಭಾಗ ಮತ್ತು ಬೆಳಗಾವಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆಡಳಿತ ಕೇಂದ್ರ: ಈ ನಗರವು ಕರ್ನಾಟಕದ ವಾಯುವ್ಯ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿದೆ ಮತ್ತು ಪಶ್ಚಿಮ ಘಟ್ಟದ ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ ಮತ್ತು ಗೋವಾ ಎಂಬ ಎರಡು ರಾಜ್ಯಗಳ ಗಡಿಯಲ್ಲಿದೆ. ಬೆಳಗಾವಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಒಟ್ಟು ಕರ್ನಾಟಕ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಶೇಕಡಾ 7.82 ರಷ್ಟಿದೆ. 2011 ರಲ್ಲಿ ಬೆಳಗಾವಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಸಾಂದ್ರತೆಯು ಪ್ರತಿ ಚದರ ಕಿ.ಮೀ. ಗೆ 356 ಜನರು, 2001 ರಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಚದರ ಕಿ.ಮೀ.ಗೆ 314 ಜನರಿದ್ದಾರೆ. ಬೆಳಗಾವಿ ಜಿಲ್ಲೆಯು 13,433 ಚದರ ಕಿಲೋಮೀಟರ್ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ಲೈಂಗಿಕ ಅನುಪಾತವು 2001 ರಲ್ಲಿ 960 ರ ಅಂಕಿ ಅಂಶಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ 1000 ಪುರುಷರಿಗೆ 973 ಆಗಿದೆ. ಮಕ್ಕಳ ಲಿಂಗ ಅನುಪಾತವು 2001 ರಲ್ಲಿ 1000 ಹುಡುಗರಿಗೆ 921 ಬಾಲಕಿಯರು ಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, 1000 ಹುಡುಗರಿಗೆ 934 ಹುಡುಗಿಯರು. 2001 ರಲ್ಲಿ 64.21 ಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ 2011 ರಲ್ಲಿ ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ಸರಾಸರಿ ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣ 73.48 ಆಗಿತ್ತು. ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಬೆಳಗಾವಿ 3 ಉಪ ವಿಭಾಗಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ, ಮತ್ತು 10 ತಹಸಿಲ್ ಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

4.10.1 ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು

4.10.1.1 ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ

ಕೋಷ್ಟಕ 4.41 ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿನ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ

ಜಿಲ್ಲೆ	ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	ಉಪ ವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ / ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ	ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ	24X7	ನಗರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ	ನಿಯಮಿತ ಪಿಎಚ್‌ಸಿ	ಉಪಕೇಂದ್ರ
ಬೆಳಗಾವಿ	1	9 (9FRU)	16(2FRU)	153	87	12	54	620
%	2	6	8	6	9	3	4	7
ಕರ್ನಾಟಕ ಒಟ್ಟು	42	147(134 FRU)	207 (22FRU)	2542	949	392	1201	8764

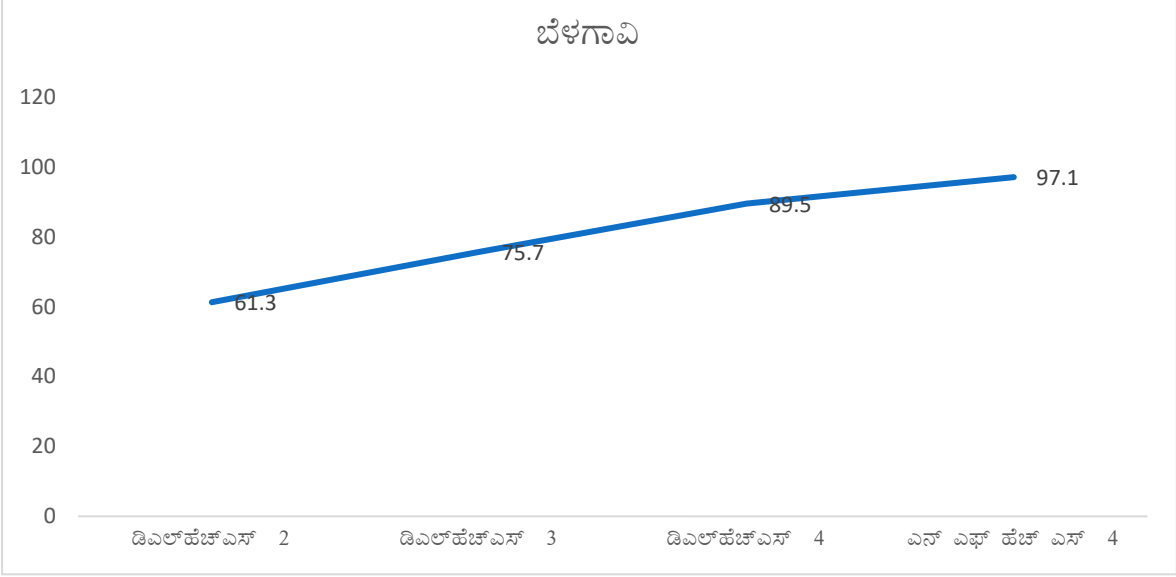
ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೊಂದಿಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಮೂಲಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ ಮತ್ತು 10 ರಲ್ಲಿ 9 ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ತಾಲ್ಲೂಕು ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಇದೆ (ಬೆಳಗಾವಿ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ) ಇದು ಸಿಸೀರಿಯನ್ ವಿಭಾಗ ಅವಕಾಶದೊಂದಿಗೆ ತುರ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಮೊದಲ ರೆಫರೆಲ್ ಘಟಕಗಳಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ.

ಉತ್ತಮವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು (ಪಿಎಚ್‌ಸಿ) ಸ್ತ್ರೀರೋಗತಜ್ಞರೊಂದಿಗೆ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಅವರು ಕರ್ನಾಟಕದಾದ್ಯಂತ 79% ಹುದ್ದೆಗಳನ್ನು ಅಲಂಕರಿಸಿದ್ದಾರೆ, ಆದರೆ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟಾರೆ ತಜ್ಞರ ಅಂತರವು 41% ಆಗಿದೆ. ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿನ 75% ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ.

ಒಟ್ಟು 153 ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳಿವೆ, ಅದರಲ್ಲಿ 56.86% (87) ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕವಾಗಿ 24X7 ಆಗಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. 7.84% (12) ನಗರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಉಳಿದ 35% (54) ಸಾಮಾನ್ಯ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಕರ್ನಾಟಕದ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳು 18.72% ರಷ್ಟು ಪ್ರಾರಾಂಭಿಕ ಸ್ಥಳ ಕೊರತೆ ಇದೆ, 18.36% ಲ್ಯಾಬ್ ತಂತ್ರಜ್ಞರ ಕೊರತೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ದಾದಿಯರ ಕೊರತೆಯಿಲ್ಲ. 620 ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಿವೆ, ಇವುಗಳನ್ನು ಎಎನ್‌ಎಂ ಗಳು ಸಾಕಷ್ಟು ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ 40% ಕ್ಷಿಪಿತ ಹೆಚ್ಚು ಎಂಪಿಡಬ್ಲ್ಯೂ ಹುದ್ದೆಗಳು ಖಾಲಿಇರುವುದರಿಂದ ಎಂಪಿಡಬ್ಲ್ಯೂಗಳ ಕೊರತೆ ಇದೆ.

ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು

ಚಿತ್ರ 4.18 ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು



ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿನ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು 1998 ರಲ್ಲಿ 61.3% ರಿಂದ 2016 ಕ್ಕೆ 97.1% ಕ್ಕೆ ಏರಿತು. ಆವರ್ತಕ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳು ಕಾಲಾನಂತರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳವನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿದೆ. ನಮ್ಮ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಪ್ರಕಾರ, 99.58% ಹೆರಿಗೆಗಳು ಸಾಂಸ್ಥಿಕವಾಗಿದ್ದು, ಅದರಲ್ಲಿ 25.98% ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು 73.60% ಹೆರಿಗೆಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಾಗಿವೆ. 0.42% ಹೆರಿಗೆಗಳು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸಿವೆ.

ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯ ವಿಧ ಹಾಗೂ ಹೆರಿಗೆಯ ಸ್ಥಳ ಅಧ್ಯಯನಗಳಲ್ಲಿ ಮಾದರಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ 30.30% ರಷ್ಟು ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಬೆಳಗಾವಿ ಹೊಂದಿದೆ. ಮಾದರಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಹೆರಿಗೆಗಳಲ್ಲಿ 11.49% ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಆಗಿದೆ. ಬೆಳಗಾವಿಯಾದ್ಯಂತ ಒಟ್ಟು 527 ಹೆರಿಗೆಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಾಗಿದ್ದು, ಇದು ಒಟ್ಟಾರೆ ಮಾದರಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ 73.60% ರಷ್ಟಿದೆ. ಈ ಪೈಕಿ 527 ಹೆರಿಗೆಗಳು 79 (14.99%) ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಮತ್ತು 448 (85.01%) ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಗಳಾಗಿವೆ.

ಸಿ-ವಿಭಾಗಗಳು

ಬೆಳಗಾವಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಿಎಚ್‌ಸಿ 36.71% ಸಿ-ವಿಭಾಗಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಒಟ್ಟಾರೆ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಸಿಎಚ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಿ-ವಿಭಾಗಗಳು 85.29% ರಷ್ಟಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿನ ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ 34.18% ಹೆರಿಗೆಗಳು ಸಿ-ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ನಡೆದಿದೆ ಮತ್ತು ಒಟ್ಟಾರೆ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ 29.67% ಸಿ-ವಿಭಾಗಗಳು ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆದಿವೆ. ಬೆಳಗಾವಿಯ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಎಲ್ಲಾ ಸಿ-ವಿಭಾಗಗಳ ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು 29.11%, ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು 15.44% ಸಿ-ವಿಭಾಗಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, 70.89% ಸಿ- ವಿಭಾಗದಲ್ಲಾದ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಬೆಳಗಾವಿಯ ಉಪವಿಭಾಗ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಇವೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ಬೆಳಗಾವಿ ಜಿಲ್ಲೆ ಮಾತ್ರ 44. 80% ಸಿ-ವಿಭಾಗಗಳನ್ನು ಉಪವಿಭಾಗ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಹೊಂದಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಕೋಷ್ಟಕ 4.42 ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿನ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿನ ಹೆರಿಗೆಗಳು

ಹೆರಿಗೆಯ ಸ್ಥಳ	ಸಿಸೇರಿಯನ್	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಒಟ್ಟು
ಸಿಹೆಚ್‌ಸಿ	29	117	146
	36.71	26.12	27.70
ಡಿಹೆಚ್	23	44	67
	29.11	9.82	12.71
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು		1	1
		0.22	0.19
ಪಿಹೆಚ್‌ಸಿ		175	175
		39.06	33.21
ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯ		2	2
		0.45	0.38
ಟಿಹೆಚ್	27	109	136
	34.18	24.33	25.81
ಒಟ್ಟು	79	448	527
ಶೇಕಡಾವಾರು	14.99	85.01	100.00

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆ

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿನ ಆಗಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಹೆರಿಗೆಗಳು (85.01%) ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳಲ್ಲಿ, 39.06% (175) ಪಿಹೆಚ್‌ಸಿಯಲ್ಲಿ, 50.45% (226) ಹೆರಿಗೆಗಳು ಸಿಹೆಚ್‌ಸಿ ಮತ್ತು ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ (ಬಹುತೇಕ ಸಮಾನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ) ಆಗಿವೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, 87% ಹೆರಿಗೆಗಳು ಸಬ್‌ಡಿಸ್ಟಿಕ್ಟ್ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸಬ್‌ಡಿಸ್ಟಿಕ್ಟ್ ಮಟ್ಟಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವಲ್ಲಿ 35.65% ಹೆರಿಗೆಗಳಾಗಿವೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಬೆಳಗಾವಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿನ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಪಿಹೆಚ್‌ಸಿ, ಸಿಹೆಚ್‌ಸಿ ಮತ್ತು ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ರಮವಾಗಿ 33.21%, 27.70% ಮತ್ತು 25.81% ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ.

ಉಪ-ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾರ್ಯಭಾರವನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವಲ್ಲಿ ಇತರ ಮಾದರಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿನ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯು ಉತ್ತಮವಾಗಿದೆ. ಬೆಳಗಾವಿಯ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆಯ 87% ರಷ್ಟು ಹೆರಿಗೆಗಳು ಇಲ್ಲಿ ನಡೆದಿದ್ದರೆ, ಉಳಿದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಉಪ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನಡೆದಿರುವ ಹೆರಿಗೆಗಳ ಪ್ರಮಾಣ 68%. ಇತರ ಜಿಲ್ಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ಆಗಿರುವ ಸ್ವಂತ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿನ ಕಡಿತವನ್ನು ಇದು ವಿವರಿಸುತ್ತದೆ.

ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು

ಕೋಷ್ಟಕ 4.43 ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಖರ್ಚು - ಬೆಳಗಾವಿ

ಬೆಳಗಾವಿ	ಸರ್ಕಾರಿ	ಖಾಸಗಿ	ಒಟ್ಟು
ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	5964	10307	7097
ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	7028	17380	9728
ಪಿಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ	564	1147	716
ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	3573	6740	4399
ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚು	13219	37228	19483

ಮೂಲ: ಸಮೀಕ್ಷೆ

ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿನ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ವೆಚ್ಚವು ರೂ 5964 ಆಗಿದ್ದು, ಇದು ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಮತ್ತು ಹಾವೇರಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚ ರೂಪಾಯಿ 7028 ಇತರ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಮತ್ತು ಸಂಯೋಜಿತ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸರಾಸರಿ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಬೆಳಗಾವಿ ಕಡಿಮೆ ಆಗಿದೆ.

ಸಂಯೋಜಿತ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಸರಾಸರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿನ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ರೂ 338 ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳು ಒಟ್ಟು ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಸರಾಸರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ರೂ 1445 ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಎಎನ್‌ಸಿ ಘಟಕಗಳ ವೆಚ್ಚವು ಒಟ್ಟು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸರಾಸರಿಗೆ ಸಮನಾಗಿತ್ತು.

ಬೆಳಗಾವಿ ಗರಿಷ್ಠ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಬೃಹತ್ ಜಿಲ್ಲೆಯಾಗಿದ್ದು, ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಉತ್ತಮ ಕಾರ್ಯ ಮಾಡಿರುವುದನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ.

ಇದಲ್ಲದೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರ ಎರಡು ಸ್ಥಾನಗಳು ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣಾ ಮತ್ತು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಎರಡು ಸ್ಥಾನಗಳು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಗಮನಿಸಲು ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಿವೆ. ಉತ್ತಮ ಆಡಳಿತದ ನಡುವೆ ಯಾವುದೇ ನಿಖರವಾದ ಸಾಂದರ್ಭಿಕ ಸಂಪರ್ಕಗಳಿಲ್ಲ, ಏಕೆಂದರೆ ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ಮಾನವಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಕೊರತೆಯೂ ಇದೆ. ಉಪ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿನ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಒಟ್ಟಾರೆ ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚಗಳು ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಉತ್ತಮವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಸಿಎಚ್‌ಸಿಗಳು ಮತ್ತು ತಜ್ಞರ ಲಭ್ಯತೆಯಿರುವ ಸಿಎಚ್‌ಸಿಗಳು 25% ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಹೆರಿಗೆಗಳಿಗೆ ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸಿದೆ.

4.11 ಅಧ್ಯಯನದ ಗುಣಾತ್ಮಕ ಅಂಶಗಳು

4.11.1 ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆ (ಎಫ್‌ಜಿಡಿ)

3-4 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಆಳವಾದ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆಯನ್ನು (ಎಫ್‌ಜಿಡಿ) ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಪ್ರತಿ ಎಫ್‌ಜಿಯಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು 8-10 ಮಹಿಳೆಯರು ಭಾಗವಹಿಸಿದ್ದರು. ಅಂತಹ 52 ಎಫ್‌ಜಿಡಿಗಳನ್ನು ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆಗೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾದ ಪಿಎಚ್‌ಸಿ / ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಅನುಕೂಲಕರ ಕ್ಯಾಚ್‌ಮೆಂಟ್ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಸಲಾಯಿತು. ವಿವಿಧ ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆಗಳಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

446 ಮಹಿಳೆಯರು ಭಾಗವಹಿಸಿದ್ದರು. ಉದ್ದೇಶಪೂರ್ವಕವಾಗಿ ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಗುಂಪನ್ನು ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಪರಿಚಯಿಸಲಾಯಿತು, ಅವರು ಚರ್ಚೆಗೆ ಅನುಕೂಲ ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟರು ಮತ್ತು ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಿದರು. ಅರಿವು, ಯೋಜನೆಗಳ ತಲುಪುವಿಕೆ, ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ವಸ್ತುಗಳು, ಹಣಕಾಸಿನ ಸಮರ್ಪಕತೆ, ಕ್ರಮಬದ್ಧತೆ ಮತ್ತು ನೈಜ ಸಮಯ ಹೆರಿಗೆ, ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ, ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಮೂಲಗಳು ಚರ್ಚೆಯ ವಿಷಯಗಳಾಗಿದ್ದವು.

ಚಿತ್ರ 4.19 ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆ ವಿಷಯಗಳು



ಅರಿವು: ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಮಾಹಿತಿಯ ಪ್ರಮುಖ ಮೂಲವಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ 200-500 ಮನೆಗಳ ಸಣ್ಣ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ, ಅಂತಹ ಸಣ್ಣ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ 'ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ನಡುವೆ ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಸಂವಹನಗಳು ಸಂಭವಿಸುತ್ತವೆ' ಮತ್ತು ಆಶಾ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬಂಡವಾಳದ ರಚನೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತಾರೆ. "ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಸಂವಹನ ನಡೆಸುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಆಡುಭಾಷೆ, ಅದು ಜನರಿಗೆ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಸುಗಮಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ". ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ ಅವರು ಕನ್ನಡದ ಜೊತೆಗೆ ಮರಾಠಿಯನ್ನು ಬಳಸುತ್ತಾರೆ, ಹಾವೇರಿ ಮತ್ತು ಬಳ್ಳಾರಿಯಂತೆ ಕನ್ನಡದ ವಿಭಿನ್ನ ಉಪಭಾಷೆಯನ್ನು ಮಾತನಾಡುತ್ತಾರೆ (ಲೆಸ್ಸರ್, 2000). ಇದರ ಹೊರತಾಗಿ ಎಎನ್‌ಎಂ ಮತ್ತು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅಂಗನವಾಡಿಯಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಸಭೆಗಳು ಮತ್ತು ಎಎನ್‌ಎಂನಲ್ಲಿ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಅಧಿವೇಶನದ ಮೂಲಕ ಮಾಹಿತಿಯ ಲಭ್ಯತೆಗೆ ಸಹಕರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್ ಅನ್ನು ಓದಿದ್ದಾರೆ, ಇದು ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯ ಮೂಲವಾಗಿದೆ. ಕೆಲವು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಲಾಭ ಪಡೆದ ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿಕರಿಂದ ಯೋಜನೆಗಳ

ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ವಾಡಿಕೆಯ ಎಎನ್‌ಸಿ ತಪಾಸಣೆಗಾಗಿ ಆಸ್ತುಗಳು / ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಿದಾಗ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಸ್ಕೀಮ್ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಹ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಇದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಫಲಾನುಭವಿಯ ಅರ್ಹತೆಯನ್ನು ಅಧಿಕೃತವಾಗಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ವಿತರಿಸಲು ನೆರವಾಗುತ್ತದೆ. ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ವಲಸಿಗರಿಗೆ ಈ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದಿರುವುದಿಲ್ಲ, ಇದು ಅವರು ಗರ್ಭಧರಿಸುವ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಬಂಧಿತ ಇಲಾಖೆಗಳು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ಮತ್ತು ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್ ಪಡೆಯುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ.

ಯೋಜನೆಗಳ ತಲುಪುವಿಕೆ / ನೈಜ ಸಮಯದ ಹೆರಿಗೆ: ಕೆಲವು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ, ಅವರಲ್ಲಿ ಕೆಲವರು ಎಲ್ಲಾ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರವೂ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಿಲ್ಲ. ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳು ತಿಳಿದಿಲ್ಲ, ಆಶಾ ಮತ್ತು ಎಎನ್‌ಎಂನವರಲ್ಲಿ ಸಹ ಕೆಲವರು ಅರ್ಹತೆ ಪಡೆದ ನಂತರ ಮತ್ತು ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರವೂ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲಿಲ್ಲ ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಉತ್ತರಗಳಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ, ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಗಳು ಎಲ್ಲೂ ತಲುಪುವುದಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಗಳು ಒಂದು ವರ್ಷದ ನಂತರ ತಲುಪಿವೆ. ಹಣವನ್ನು ಎಎನ್‌ಸಿ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬಳಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಹೆರಿಗೆಯ ಮೊದಲು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಜಮಾ ಮಾಡಬೇಕು ಎಂಬುದು ಅವರ ಕಳಕಳಿ. ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಜಿಎಸ್‌ವೈ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಪ್ರಮಾಣವು ಸಾಕಷ್ಟಿಲ್ಲ ಎಂದು ಭಾಗವಹಿಸುವವರು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟರು ಮತ್ತು ಅಂತಹ ಸಣ್ಣ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಗಳಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವುದು ತುಂಬಾ ಕಷ್ಟವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಅವರ ಅಭಿವ್ಯಕ್ತಿ “ಆ ಹಣದಿಂದ ನೀವು ಏನು ಪಡೆಯುತ್ತೀರಿ? ಇದು ಖರ್ಚು ಮಾಡುವ ಮೊತ್ತದೊಂದಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ”. ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಹಣವನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡದಿರುವ ಬಗ್ಗೆಯೂ ಅವರು ಕಳವಳ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಉಚಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ತಾಯಿಯ ಕಿಟ್‌ಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ತುತೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಸರಿಯಾಗಿ ಸ್ಪಂದಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂದು ಸಹ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ವಿತರಿಸಿದ ಕೆಲವು ಮಹಿಳೆಯರು ದಾಖಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಕಾಗುಣಿತ ತಪ್ಪುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವಂತಹ ದಾಖಲೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದಾಗಿ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಹಣವನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಂಡರು.

ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು: ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡ ತೊಂದರೆ ದಸ್ತಾವೇಜಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದೆ ಎಂದು ಭಾಗವಹಿಸುವವರು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಅವರಲ್ಲಿ ಕೆಲವರು ಹೊಸ ಮನೆಗೆ ಬಂದಿದ್ದರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸದ ಬದಲಾವಣೆಯು ಒಂದು ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಹೊಸದಾಗಿ ಮದುವೆಯಾದ ಕೆಲವರು ಹೆಂಡತಿಯ ಹೆಸರನ್ನು ಕುಟುಂಬ ಪಡಿತರ ಕಾರ್ಡ್‌ನಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸದಿರಬಹುದು, ಸೇರ್ಪಡೆಗೆ ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ ಅಥವಾ ಅವರನ್ನು ಅರ್ಹರಲ್ಲದವರು ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು. ಜಂಟಿ ಕುಟುಂಬದಿಂದ ವಿಭಕ್ತ ಕುಟುಂಬವಾಗಿ ಬೇರ್ಪಡುವ ಕೆಲವು ದಂಪತಿಗಳು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕಾರ್ಡ್ ಅನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಹೊಸ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕಾರ್ಡ್ ಪಡೆಯುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ, ಇದು ಅನೌಪಚಾರಿಕ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿರುವ ಜನರಿಗೆ ದನ್ನು ಗಳಿಸುವ ದಿನಗಳನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಲು ಒತ್ತಾಯಿಸುತ್ತದೆ. ಗಂಡನ ಹೆಸರು ಅಥವಾ ಹೆಂಡತಿಯ ಹೆಸರು ಅವರ ಕುಟುಂಬದ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕಾರ್ಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ ಆದರೆ ಅವರಿಬ್ಬರೂ ಜಂಟಿಯಾಗಿ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕಾರ್ಡ್ ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಭಾಗವಹಿಸುವವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕಾರ್ಡ್‌ನಲ್ಲಿ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು ಮತ್ತು ಕೆಲವು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಯೊಂದಿಗೆ ಸಮಸ್ಯೆ ಇದೆ, ಅವರು ತಮ್ಮ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಒಂದು ಖಾತೆಯನ್ನು

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ರಚಿಸಲು ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಂಡರು ಏಕೆಂದರೆ ಅವರು ಖಾತೆಯನ್ನು ತೆರೆಯಲು ಬ್ಯಾಂಕ್ ಸೌಲಭ್ಯದೊಂದಿಗೆ ಹತ್ತಿರದ ಪಟ್ಟಣಕ್ಕೆ ಪ್ರಯಾಣಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ದಾಖಲೆಗಳು ಸರಿಯಾದ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿರುವಾಗ ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದ ವಿಳಂಬಕ್ಕೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ನೀಡಿದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿದ ಕೆಲವರು ಅಸಮಾಧಾನ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಹೆರಿಗೆಯ ಉದ್ದೇಶಗಳಿಗಾಗಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಇದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅರ್ಹರಲ್ಲ ಎಂದು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಮಯ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಅವರಲ್ಲಿ ಕೆಲವರು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಿಲ್ಲ, ಅದು ಅವರನ್ನು ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ್ಕೆ ಅರ್ಹರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅವರಲ್ಲಿ ಕೆಲವರು ಅವರಿಗೆ ನೀಡಿದ ಚೆಕ್‌ಗಳನ್ನು ಮಾತೃತ್ವ ಅವಧಿಯ ನಂತರ ಪಡೆದುಕೊಂಡ ಕಾರಣ ಅವುಗಳನ್ನು ಹಣ ಬಿಡುಗಡೆಗೊಳಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಿಲ್ಲ. ಮಗುವಿಗೆ 6 ತಿಂಗಳಿಂದ ಒಂದು ವರ್ಷದ ನಂತರ ತಮಗೆ ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಸಿಕ್ಕಿದೆ ಎಂದು ಭಾಗವಹಿಸಿದ ಅನೇಕರು ದೂರಿದರು. ಕೆಲವರಿಗೆ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರವೂ ಯಾವುದೇ ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಸಿಗಲಿಲ್ಲ. ತಮ್ಮ ತಾಯಿಯ ಮನೆಯ ಸಮೀಪವಿರುವ ಇತರ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಅವರು ಹೆರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆದ ಕಾರಣ ಅವರು ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲಿಲ್ಲ ಎಂದು ಕೆಲವರು ಭಾವಿಸಿದರು.

ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಘಟಕಗಳು: ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಏಕೆ ಸಂಭವಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಒಟ್ಟು 5 ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ,

1. ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮತ್ತು ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಂತಹ ಮೂಲ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆ.
2. ಔಷಧಿಗಳ ಅಲಭ್ಯತೆ
3. ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳು
4. ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳು
5. ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ

ಮೂಲ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆ: ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಕ್ಯಾನ್ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಕಳವಳವಾಗಿದೆ. ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್‌ಗೆ ಒಳಗಾದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹಿಳೆಯರು ಮಗುವಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆಯೆ ಅಥವಾ ಮಗುವನ್ನು ಪ್ರಸವಿಸುವ ಮೊದಲು ಜನ್ಮಜಾತ ವೈಪರೀತ್ಯಗಳು ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದರು, ಇದು ಖಾಸಗಿ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಲು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಪ್ರೇರಕ ಶಕ್ತಿಯಾಗಿದ್ದು ಅದು ಹೆಚ್ಚು ಖರ್ಚಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳು ಈ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ದೂರ ಪ್ರಯಾಣಿಸಲು ಸಹ ಸಿದ್ಧರಿದ್ದಾರೆ. ಭಾಗವಹಿಸಿದ ಕೆಲವರು ತಾವು ಸೇರಿದ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದ ಕನಿಷ್ಠ ಮೂಲ ಸೌಕರ್ಯದಿಂದಾಗಿ ತಾವು ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಮುನ್ನಾ ದಿನದಂದು ಬೇರೆ ಊರಿಗೆ ಪ್ರಯಾಣಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಹಂಚಿಕೊಂಡರು.

ಔಷಧಿಗಳ ಅಭ್ಯತೆ: ಕೆಲವು ಎಫ್‌ಜಿಡಿಯ ಮಹಿಳೆಯರು ಔಷಧಿಗಳು ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ ಎಂದು ಹೇಳಿದರು ಮತ್ತು ಕೆಲವು ಎಫ್‌ಜಿಡಿಗಳಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಹೊರಗಡೆ ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ, ಈ ಎಫ್‌ಜಿಡಿ ಭಾಗವಹಿಸುವವರು ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದ ಸಾಕಷ್ಟು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳು: ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಲಾಗಿದೆ

ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳು: ಭಾಗವಹಿಸುವವರು ಎಎನ್‌ಸಿ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚಗಳಿಗೆ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚಿಸಿದರು, ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ತಜ್ಞರ ಗಮನವನ್ನು ಪಡೆದಾಗ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ವೆಚ್ಚಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತವೆ ಎಂದು ಚರ್ಚೆಯಿಂದ ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಕೆಲವೇ ಜನರು ಹಣವನ್ನು ನೀಡಲಿಲ್ಲ. ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ಪಾವತಿಸಲು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಾಗ ಮಾತ್ರ ಸರಿಯಾದ ಆರೈಕೆ ಪಡೆದಿದ್ದರಿಂದ ಅನೇಕ ಭಾಗವಹಿಸುವವರು ತಮ್ಮ ದುಃಖವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು.

ಆಹಾರ ವೆಚ್ಚಗಳು: ದಿನನಿತ್ಯದ ಎಎನ್‌ಸಿ ಮತ್ತು ಇತರ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಮತ್ತು ಆಹಾರ ವೆಚ್ಚಗಳು ಅವರ ಪೂರ್ಣ ಕೆಲಸದ ದಿನವನ್ನು ಅರ್ಧದಷ್ಟು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ: ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆಗೆ ಹಣ ಪಾವತಿಸಿದ ಕೆಲವು ಭಾಗವಹಿಸುವವರು ಉಪ-ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತದ ಲಭ್ಯತೆ ಪಡೆಯುವುದು ಕಷ್ಟ ಅವರು ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು / ರಕ್ತ ಬ್ಯಾಂಕ್‌ಗಳಿಗೆ ಪ್ರಯಾಣಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದರು.

ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ತಪ್ಪಿಸುವ ಸಲಹೆ: ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ನಾಲ್ಕು ಸಲಹೆಗಳು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ

1. ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದರಿಂದ ಅಲ್ಲಿ ಅವರು ಸಮಗ್ರ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಬಹುದು.
2. ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿ.
3. ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನಗಳನ್ನು ವೇಗವಾಗಿ ತಲುಪಿಸುವುದು
4. ಭ್ರಷ್ಟಾಚಾರದ ನಿದರ್ಶನಗಳನ್ನು ತಪ್ಪಿಸುವುದು.

ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕಗಳ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮರ್ಪಕತೆ: ದುಬಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಹಣವು ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಭಾಗವಹಿಸಿರುವವರು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟರು. ಕೆಲವು ಭಾಗವಹಿಸಿದ್ದವರು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಕನಿಷ್ಠ ಒಂದು ವರ್ಷ ಕಾಯಬೇಕು ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಸಣ್ಣ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಮೊತ್ತವು ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅವರಲ್ಲಿ ಹಲವರು ಉಚಿತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅನೌಪಚಾರಿಕವಾಗಿ ಪಾವತಿಸಬೇಕೆಂದು ಸಲಹೆ ನೀಡಿದರು. ಒಟ್ಟಾರೆ ಭಾಗವಹಿಸುವವರು ಸರ್ಕಾರವು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಅಗತ್ಯವನ್ನು ಒತ್ತಿಹೇಳಿದರು, ಏಕೆಂದರೆ ಅವರೆಲ್ಲರೂ ಅವರಿಗೆ ಅರ್ಹವಾದ ಎಲ್ಲಾ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವುದಿಲ್ಲ.

ಸಾರಿಗೆ: ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಾರಿಗೆಯ ಲಭ್ಯತೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು / ತಮ್ಮ ಹೊಲಗಳಲ್ಲಿ ಮನೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಿದ ಜನರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿದೆ. ಮತ್ತು, ದೂರದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಜನರಿಗೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಬಸ್ ಸಮಯದ ಸೇವೆಗಳು ಖಾಸಗಿ ಸಾರಿಗೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ, ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಖಾಸಗಿ ಸಾರಿಗೆಗೆ ಸಹ ಹೆಚ್ಚು ಖರ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಬಂದಾಗಲೆಲ್ಲಾ, ಮತ್ತು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಉನ್ನತ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದಾಗ ಜನರು ಸ್ವತಃ ಭರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗಳು ಉತ್ತಮವಾಗಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಅವರು ಭರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರ ಪ್ರಕಾರ, ಉಚಿತ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅವರು ಚಾಲಕರಿಗೆ ಲಂಚ ಪಾವತಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್‌ಗಳು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದಾಗ ಜನರು ತಮ್ಮ ಜೇಬಿನಿಂದ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಪಾವತಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಈ ಮೃದು ಭ್ರಷ್ಟಾಚಾರ ಮತ್ತು ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಯಾರಿಗೆ ದೂರು ನೀಡಬೇಕೆಂಬ ಕಲ್ಪನೆ ಅವರಿಗೆ ಇಲ್ಲ. ಒಂದು ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅವರು ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವವರಿಗೆ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

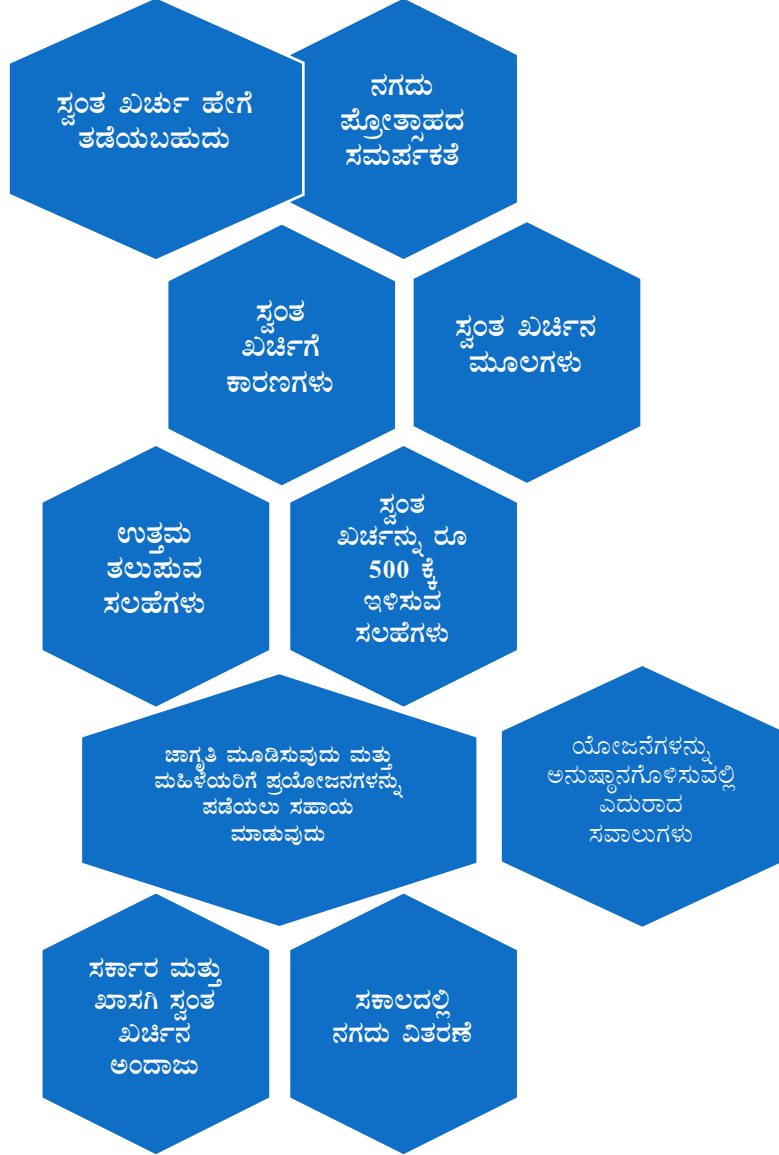
ಮಾತ್ರ ತಲುಪಬಹುದು ಎಂದು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಮಹಿಳೆ ಹೆರಿಗೆ ನೋವಿನಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವಾಗ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಖಾಸಗಿ ಪರ್ಯಾಯ ಮಾರ್ಗಗಳನ್ನು ಹತ್ತಿರದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೆ ಅಥವಾ ಉನ್ನತ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ಬೇರೆ ಪರ್ಯಾಯಗಳಿಲ್ಲ. ಕೋರಿಕೆಯ ಮೇರೆಗೆ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗಳು ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವುದು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಸಾರಿಗೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಮಾಡಲು ಇರುವ ಮೂಲಗಳು: ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಹಣ ಸಾಲಗಾರರಿಂದ ಅಥವಾ ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿಕರಿಂದ ಹಣವನ್ನು ಎರವಲು ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಜನರು ಚಿನ್ನದ ಸಾಲವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಸಂದರ್ಭಗಳೂ ಇವೆ. ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಅವರು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಲು ಸ್ವ-ಸಹಾಯ ಗುಂಪುಗಳಿಂದ (ಸ್ವಸಹಾಯ ಗುಂಪು) ಹಣವನ್ನು ಎರವಲು ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಅವರು ತಮ್ಮ ಭೂಮಿಯನ್ನು ಮತ್ತು ಆಸ್ತಿಯನ್ನು ಅಡವು ಇಡುವ ಮೂಲಕ ಹಣವನ್ನು ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಬಂಧಿಕರು ಮತ್ತು ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಹಣವನ್ನು ಎರವಲು ಪಡೆಯಬೇಕಾಗಿದೆ ಎಂದು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಭಾಗವಹಿಸಿದವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಉಳಿತಾಯವನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ, ಬಡ್ಡಿಗಳ ಮೇಲಿನ ಸಾಲವು ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಅನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಪ್ರಮುಖ ಮೂಲಗಳಾಗಿವೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ನಿರ್ಣಾಯಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಅವರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಬಡ್ಡಿದರಗಳನ್ನು ವಿಧಿಸುವ ಹಣ ಸಾಲಗಾರರಿಗೆ ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಅವರು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಕೆಲವು ಬಡ ಕುಟುಂಬಗಳು ಬಡ್ಡಿಗೇ ಸಾಲ ಅಥವಾ ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬಗಳಿಂದ ಸಾಲ ಪಡೆಯುವ ಮೂಲವಾಗಿದೆ, ಇವುಗಳು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಪ್ರಮುಖ ಮೂಲವಾಗಿದೆ.

4.11.2 ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಂದರ್ಶನಗಳು

ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಒಂದು ಅವಲೋಕನ ಮತ್ತು ಒಳನೋಟವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ನಾವು ಆಶಾ ಅವರ ಎಎನ್‌ಎಂ ಮತ್ತು ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ್ದೇವೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ನಮ್ಮ ಒತ್ತು ವಿವಿಧ ಮೂಲಗಳು ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಅಂದಾಜು ಪಡೆಯುವುದು ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಹೇಗೆ ತಡೆಯಬಹುದು, ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹೇಗೆ ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನಿರ್ವಹಿಸಬಹುದು.

ಚಿತ್ರ 4.20 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಸಂದರ್ಶನಕ್ಕಾಗಿ ಘಟಕಗಳು ಉತ್ತಮ ತಲುಪುವ ಸಲಹೆಗಳು



ಸಂದರ್ಶನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಕೆಲವು ಅಂಶಗಳು ಇವುಗಳ ಅಧ್ಯಯನದ ಭಾಗವಾಗಿರುವ 52 ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ನಾವು ಸಂದರ್ಶನ ಮಾಡಿದ್ದೇವೆ. ಪ್ರತಿ ಆಶಾ ಮತ್ತು ಎಎನ್‌ಎಂ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಮತ್ತು ಪಿಹೆಚ್‌ಸಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳನ್ನು ಅವರ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಸಂದರ್ಶಿಸಲಾಯಿತು. ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಬಂದಾಗ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ತಂತ್ರಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಈ ಜನರು ಪ್ರಮುಖರು. ಅನುಕೂಲಕ್ಕಾಗಿ, ಆಶಾ ಮತ್ತು ಎಎನ್‌ಎಂ ಸಂದರ್ಶನಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟಿಗೆ ಸೇರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಏಕೆಂದರೆ ಅದು ಇಬ್ಬರಿಗೂ ಸಾಮಾನ್ಯ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಾಗಿದೆ. ಸಂದರ್ಶನಗಳ ಸಾರವನ್ನು ಕೆಳಗೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ / ಎಎನ್‌ಎಂ

ನಾವು ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ 52 ಎಎನ್‌ಎಂಗಳು 6 ತಿಂಗಳಿಂದ 31 ವರ್ಷಗಳ ಅನುಭವವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಆರ್‌ಸಿಎಚ್‌ನ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಎಎನ್‌ಎಂ ಸಂಬಂಧಿತ ಕೆಲಸವು ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಜೊತೆಗೆ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಸೇವೆಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಲಸಿಕೆ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದಾದ ರೋಗಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕಾಗಿ ರೋಗನಿರೋಧಕವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ - ಆಶಾ

ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪ್ರವೇಶಿಸಲು ಕಷ್ಟಪಡುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ವಂಚಿತ ವರ್ಗಗಳ, ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಆಶಾ ನೇಮಕವಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವುದು ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಮುಖ್ಯ ಜವಾಬ್ದಾರಿ; ಹೊಸ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಗಳು, ಜನನಗಳು ಮತ್ತು ಸಾವುಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು ಮತ್ತು ನೋಂದಾಯಿಸುವುದು; ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಬೇಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಮತ್ತು ಹುಡುಕಲು ಸಮುದಾಯವನ್ನು ಸಜ್ಜುಗೊಳಿಸುವುದು, ಸಮಾಲೋಚಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಬೆಂಬಲಿಸುವುದು; ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು, ನಿರ್ವಹಿಸುವುದು ಅಥವಾ ಉಲ್ಲೇಖಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಮನೆ ಭೇಟಿಗಳು, ಪ್ರಥಮ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಮತ್ತು ರೋಗನಿರೋಧಕ ಅವಧಿಗಳ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಒಟ್ಟಾರೆ ಬೆಂಬಲಿಸುತ್ತದೆ. ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಂ ಪ್ರಾರಂಭವಾದಾಗಿನಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಎಎಸ್‌ಎಎಚ್‌ಎಂ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿದ್ದರು ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಎಎಸ್‌ಎಎಚ್‌ಎಂ 2017 ರ ಆಸುಪಾಸಿನಲ್ಲಿ ನೇಮಿಸಲಾಯಿತು.

ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುವುದು

ಎಲ್ಲಾ ಎಎನ್‌ಎಂ ಮತ್ತು ಎಎಸ್‌ಎಎಚ್‌ಎಂ ಹಿಂದಿನ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತುತ ಮಾತೃತ್ವ ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಹೊಸದಾಗಿ ಪರಿಚಯಿಸಲಾದ ರಾಜ್ಯ ಯೋಜನೆಯಾದ ಮಾತೃಶ್ರೀ ಮತ್ತು ಮಾತೃಪೂರ್ಣ ಯೋಜನೆಯ ಬಗ್ಗೆಯೂ ತಿಳಿಸುತ್ತಾರೆ. ಸರ್ಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಂದ ಉಚಿತ ಎಎನ್‌ಸಿ ತಪಾಸಣೆ, ಉಚಿತ ಸ್ಕ್ರಾನಿಂಗ್ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸುವಾಗ ಅವರಿಗೆ ಅರ್ಹರಾಗಿರುವ ಹಲವಾರು ಅರ್ಹತೆಗಳಿಂದ ಗರ್ಭಿಣಿಯೊಬ್ಬರು ಪಡೆಯುವ ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅವರಿಬ್ಬರೂ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಮಾತೃತ್ವ ಪ್ರಯೋಜನ ಯೋಜನೆಗಳು ಬಡವರಿಗೆ ತಲುಪುತ್ತಿವೆ ಮತ್ತು ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಅಂಚಿನಲ್ಲಿದೆ ಎಂದು ಇಬ್ಬರೂ ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟರು.

ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಸ್ವೀಮ್ ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಮೂಲ

ಅವರು ತಮ್ಮೊಂದಿಗೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಅವರು ಸಮುದಾಯವನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ತಲುಪುವವರು ಎಂದು ಆಶಾ ಭಾವಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಅತ್ಯಂತ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಮಾರ್ಗಗಳು ಎಎನ್‌ಎಂ ಮತ್ತು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಸಮುದಾಯದೊಂದಿಗೆ ನಿಕಟ ಸಂಪರ್ಕದಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ಯೋಜನಾ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಸಂವಹನ ಮಾಡುವ ಸಾಧನವಾಗಿ ಆಶಾ ಗಳ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ಸಂವಹನಕ್ಕೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿತ್ತು, ಅವರಲ್ಲಿ ಕೆಲವರು ಸಂಬಂಧಿಕರು / ಸ್ನೇಹಿತರು ಸಹ ಯೋಜನೆಗಳ ಮಾಹಿತಿಯ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಮೂಲವಾಗಿರಬಹುದು ಎಂದು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಆಶಾ ಸಮುದಾಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿಯ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಮೂಲವಾಗಿರಬಹುದು ಎಂದು ಎಎನ್‌ಎಂ ಗಳು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ, ಅವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಸಹ ಮಾಹಿತಿಯ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಮೂಲವಾಗಿರಬಹುದು ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟರು. ಅವರೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಕರು / ಸ್ನೇಹಿತರು, ಪೋಸ್ಟರ್‌ಗಳು, ಟಿವಿ, ರೇಡಿಯೋ ಮತ್ತು ಐಇಸಿ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಸಹ ಮಾಹಿತಿಯ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಮೂಲವಾಗಬಹುದು.

ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಎದುರಾದ ತೊಂದರೆಗಳು

ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಾಗ ಎದುರಾಗುವ ತೊಂದರೆಗಳು / ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

ಅಗತ್ಯ ದಾಖಲೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ- ಎಫ್‌ಜಿಡಿ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾದ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕಾರ್ಡ್, ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಗಳಂತಹ ದಾಖಲೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆ. ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ - ಅರ್ಹತಾ ಮಾನದಂಡದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಆಯ್ಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ - ಸುಳ್ಳು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕಾರ್ಡ್, ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಖಾತೆ, ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕಾರ್ಡ್ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಆದಾಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದಿಂದ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ. ಇದು 2 ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಸೀಮಿತವಾಗಿದ್ದು, ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಹೆರಿಗೆಯಾಗಬೇಕು.

ಸೂಕ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹಣದ ಪಾವತಿ

ಯಾವುದೇ ಹಣವಿಲ್ಲದಿದ್ದಾಗ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಪಾವತಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ, ಬಜೆಟ್ ಲಭ್ಯತೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ವಿತರಿಸುತ್ತವೆ ಎಂದು ಎಂದು ಆಶಾ ಮತ್ತು ಎಎನ್‌ಎಂಗಳು ಹೇಳಬಹುದು. ಬಜೆಟ್ ಹಂಚಿಕೆ ಬಗ್ಗೆ ಅವರಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಲ್ಪನೆ ಇರಲಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಅವರಲ್ಲಿ ಕೆಲವರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಅಸಮರ್ಥತೆಯಿಂದಾಗಿ ಬಜೆಟ್ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟರು.

ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದ ಸಮರ್ಪಕತೆ

ಮಾತೃತ್ವ ಪ್ರಯೋಜನ ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ವಿತರಿಸಲಾದ ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಗಳು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿಲ್ಲ ಎಂದು ಎಎನ್‌ಎಂ / ಆಶಾ ಸುಮಾರು 95% ಜನರು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಸ್ಟಾನಿಂಗ್ ಮತ್ತು ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಹಣವು ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಕೆಲವರು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು, ಅದು ಸಾರ್ವಕಾಲಿಕ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರಬಹುದು. ಕೇವಲ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಲು ಮಾತ್ರ ಇದು ಸಾಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಕೆಲವರು ಭಾವಿಸಿದರು, ಸಾರಿಗೆ ಕೂಡ ದುಬಾರಿಯಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಆಹಾರ, ಔಷಧಿಗಳು, ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಸೇವೆಗಳು (ಲ್ಯಾಬ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ಸ್ಟಾನ್ ಅನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಹಣದಿಂದ ಭಾಗಶಃ / ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಖರೀದಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವರು ಅದರಿಂದ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಸಹ ಭರಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಸರ್ಕಾರ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಅಂದಾಜು

ಸಂದರ್ಶನದ ಭಾಗವಾಗಿ ನಾವು ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸರಾಸರಿ ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆಯ ವೆಚ್ಚ ಎಷ್ಟು ಎಂಬುದರ ಕುರಿತು ಅವರ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ಅಂದಾಜುಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ್ದೇವೆ. ಸಾಮಾನ್ಯ ಮತ್ತು ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆಗೆ ನಾವು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಅಂದಾಜುಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ್ದೇವೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಶ್ರೇಣಿಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಆಶಾ - ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು	
ಸಾಮಾನ್ಯ	500-10000
ಸಿಸೇರಿಯನ್	6000-20000
ಆಶಾ - ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು	
ಸಾಮಾನ್ಯ	13000-25000
ಸಿಸೇರಿಯನ್	30000-50000
ಎಎನ್‌ಎಂ - ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು	
ಸಾಮಾನ್ಯ	500-10000
ಸಿಸೇರಿಯನ್	2000-10000
ಎಎನ್‌ಎಂ - ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು	
ಸಾಮಾನ್ಯ	12000-25000
ಸಿಸೇರಿಯನ್	30000-50000

ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗೆ ಕಾರಣಗಳು

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಜನರಿಗೆ ಸ್ವಂತವಾಗಿ ಖರ್ಚು ಉಂಟಾಗಲು ಇರುವ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣಗಳ ಕುರಿತು ಆಶಾ ಮತ್ತು ಎಎನ್‌ಎಂ ಗಳ ಬಳಿ ಕೇಳಲಾಯಿತು.

- ಸ್ಕಾನಿಂಗ್: ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದಾಗ ಅಥವಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಲು ದೀರ್ಘ ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಾಗ.
- ಡೈರಿಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು: ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ
- ಗ್ರಾಚ್ಯುಟೀಸ್, ಕೈಂಡ್ / ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳು: ಎಲ್ಲಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ
- ರಕ್ತ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು: ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದಾಗ ಆಹಾರ: ವ್ಯಕ್ತಿಗಳೇ ಭರಿಸಬೇಕು ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ: ಅವರಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 30% ಜನರು ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಖರ್ಚಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.
- ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳು: ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಆಶಾ ಜೊತೆಗೆ ಕುಟುಂಬದ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಂದಿಗೆ ಪ್ರಯಾಣಿಸುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ಕನಿಷ್ಠ 2 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆಯ ಮೇರೆಗೆ ಎಎನ್‌ಎಂಗೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಒಮ್ಮೆಯಾದರೂ ಪ್ರಯಾಣಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಅವರು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದರು.

ವಿವಿಧ ಎಎನ್‌ಸಿ ತಪಾಸಣೆ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಇತರ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ಕನಿಷ್ಠ 4 ರಿಂದ ಗರಿಷ್ಠ 10 ಭೇಟಿಗಳು ಬೇಕಾಗುತ್ತವೆ. ಎರಡೂ ಕಡೆ ಪ್ರಯಾಣದ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚವು ಬಳಸಿದ ಸಾರಿಗೆ ಸಾಧನಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ 100 ರಿಂದ 500 ರಷ್ಟಿದೆ ಎಂದು ಅವರು ಹೇಳಿದರು.

4.12 ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು

ನಾವು ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ 52 ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ 6 ತಿಂಗಳಿಂದ 15 ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ ಅನುಭವವಿದೆ, ಕೆಲವರು ಇತರೆ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯ ಉಸ್ತುವಾರಿ ವಹಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ನಿಯಮಿತ ಎಎನ್‌ಸಿ ಮತ್ತು ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಮತ್ತು ಇತರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಅರಿವು: ಐಇಸಿ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಮೂಲಕ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಒದಗಿಸುವುದು, ದಾಖಲೆಗಳು ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಒದಗಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಸರ್ಕಾರದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬೆಂಬಲಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಹಾಯ ಮಾಡುವುದು ಮತ್ತು ಆಶಾ, ಎಎನ್‌ಎಂ ಮೂಲಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸುಗಮವಾಗಿ ತಿಳಿಸುವ ಮೂಲಕ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವುದು. ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿಕರು, ಪೋಸ್ಟರ್‌ಗಳು ಮತ್ತು ಟಿವಿಗಳಿಗಿಂತ ಆಶಾ, ಎಎನ್‌ಎಂ ಮತ್ತು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಅತ್ಯಂತ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಯಾಗಿ ಜನರನ್ನು ತಲುಪಿದ್ದಾರೆ.

ಯೋಜನೆಗಳ ತಲುಪುವಿಕೆ: ಅವರು ಕೆಲವು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಮಾತೃತ್ವ ಯೋಜನೆಗಳ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ತಲುಪಿಸಬಹುದು ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಹಣದ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಇದನ್ನು ಸರಿಯಾದ ಸಮಯಕ್ಕೆ ತಲುಪಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದ ಸಮರ್ಪಕತೆ: ಸೇವೆಗಳು ಉಚಿತವಾಗಿರದ ಕಾರಣ ಬಹುಪಾಲು ಎಂಬಿಗಳು ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವು ಸಾಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಭಾವಿಸಿದರು, ಅವರಲ್ಲಿ ಬೆರಳೆಣಿಕೆಯಷ್ಟು ಮಂದಿ ಮಾತ್ರ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಗಳು ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಭಾವಿಸಿದರು.

ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿನ ತೊಂದರೆಗಳು:

- ಅಗತ್ಯ ದಾಖಲೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ- ಎಫ್‌ಜಿಡಿ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾದ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕಾರ್ಡ್, ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಗಳಂತಹ ದಾಖಲೆಗಳ ಅಲಭ್ಯತೆ.
- ಸಂಬಂಧಿತ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ- ಸಂಬಂಧಿತ ಆದಾಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದಿಂದ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕಾರ್ಡ್ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣದ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಅರ್ಹತಾ ಮಾನದಂಡದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಆಯ್ಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ- ಸುಳ್ಳು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕಾರ್ಡ್, ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಖಾತೆ.
- ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್‌ನಲ್ಲಿನ ನಮೂದುಗಳು: ಪ್ರತಿ ಎಎನ್‌ಸಿ ತಪಾಸಣೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ / ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿ ಎಎನ್‌ಸಿ ಕಾರ್ಡ್‌ನಲ್ಲಿ ಸಹಿ, ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಮುದ್ರೆಯನ್ನು ಹಾಕುತ್ತಾರೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

- ಹಣ ನೀಡಲು ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಸಮಯ- ಜಿಎಸ್‌ವೈ ಹಣ ತಕ್ಷಣವೇ ಸಿಕ್ಕುತ್ತದೆ ಆದರೆ ರಾಜ್ಯ ಖಜಾನೆಯ ಮೂಲಕ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗಿರುವ ಕಾರಣ ಪಿಎ ವಿಳಂಬವಾಗುತ್ತದೆ.
- ಸಮಯಕ್ಕೆ ಹಣ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವುದು- ತಾಲ್ಲೂಕು / ಜಿಲ್ಲೆಯಿಂದ ಸರಿಯಾದ ಹಂಚಿಕೆ.

ದಸ್ತಾವೇಜನ್ನು ಸಮಸ್ಯೆ: ಅವರ ಒಟ್ಟಾರೆ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ದಾಖಲೆಗಳ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ವಿಳಂಬವಾದ ಡಾಕ್ಯುಮೆಂಟ್ ಸಲ್ಲಿಕೆ ಅರ್ಹ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮಾತೃತ್ವ ಪ್ರಯೋಜನ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯದಿರಲು ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣಗಳಾಗಿವೆ 2014-16ರ ಬಜೆಟ್. 2014-16ರಲ್ಲಿ ವಿಳಂಬವಾದ ಬಜೆಟ್ ಇತ್ತು ಮತ್ತು ಕೆಲವರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಮೊತ್ತವನ್ನು ತಡವಾಗಿ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರು. ಹೊಸದಾಗಿ ನೇಮಕಗೊಂಡಿದ್ದರಿಂದ ಮತ್ತು ಅದರ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲದ ಕಾರಣ ಕೆಲವರು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಲು ನಿರಾಕರಿಸಿದರು.

ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗಾಗಿ ಕಾರಣಗಳು.

- ಸ್ಕಾನಿಂಗ್: ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದಾಗ ಅಥವಾ ದೀರ್ಘ ಸರತಿಯೊಂದಿಗೆ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಲು ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಾಗ.
- ಥೈರಾಯ್ಡ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು: ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ
- ಗ್ರಾಚ್ಯುಟೀಸ್, ಕೈಂಡ್ / ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳು: ಎಲ್ಲಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ
- ರಕ್ತ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು: ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದಾಗ
- ಆಹಾರ: ವ್ಯಕ್ತಿಗಳೇ ಭರಿಸಬೇಕು
- ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆ: ಅವರಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 30% ಜನರು ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಖರ್ಚಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.
- ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳು: ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಎರಡೂ ಕಡೆ ಪ್ರಯಾಣದ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚವು ಪ್ರತಿ ಭೇಟಿಗೆ 100 ಕಡಿಮೆ ಇತ್ತು. ಪ್ರತಿ ಭೇಟಿಗೆ 500 ರಷ್ಟಿದೆ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿ - ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು	
ಸಾಮಾನ್ಯ	200-10000
ಸಿಸ್‌ರಿಯನ್	6000-20000
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿ - ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು	
ಸಾಮಾನ್ಯ	13000-25000
ಸಿಸ್‌ರಿಯನ್	30000-50000

ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಮೂಲಗಳು

ಅವರೆಲ್ಲರೂ (ಎಎನ್‌ಎಂ. ಆತಾ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು) ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಭರಿಸುವ ಮೂಲಗಳೆಂದು ಕೆಳಗಿನವುಗಳನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದರು

ಉಳಿತಾಯ- ಇದು ಅವರೆಲ್ಲರ ಅಭಿಪ್ರಾಯದಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಭರಿಸುವ ಮೊದಲ ಮೂಲವಾಗಿದೆ. ಅವರ ಪ್ರಕಾರ ಹೆಚ್ಚಿನ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ತಾಯಿಯ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಮತ್ತು ನಿರೀಕ್ಷಿತ ವೆಚ್ಚಗಳಿಗೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಹಣವನ್ನು ಉಳಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಬಡ್ಡಿ ಸಾಲ / ಬಡ್ಡಿ ಇಲ್ಲದ ಸಾಲ / ಇತರ ಸಂಬಂಧಿಕರ ಬೆಂಬಲ: ಅವರ ಬಳಿ ಉಳಿತಾಯ ಇಲ್ಲದಾಗ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಭರಿಸಲು ಅವರು ಬಳಸುವ ಎರಡನೇ ಮೂಲವಾಗಿದೆ.

ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ತಂದೆಯ ಮನೆಯಿಂದ ಬೆಂಬಲ- ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಮೊದಲ ಜನನ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ತಂದೆಯ ಕುಟುಂಬದಿಂದ ಪೂರೈಸಲಾಗುವುದು ಎಂದು ಅವರು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ತಂದೆಯ ಕುಟುಂಬವು ಖರ್ಚನ್ನು ಭರಿಸಲು ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಹೇಗೆ ತಡೆಯಬಹುದು

ಪ್ರಸ್ತುತ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸ್ಕೀಮ್ ಹಣವನ್ನು ಸಮಯೋಚಿತವಾಗಿ ಪಾವತಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಳಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ತಡೆಯುತ್ತದೆ.

ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಹೆಚ್ಚಿನ ಹಣದ ಪಾವತಿ: ಖರ್ಚು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಯೋಜನೆಗಳ ಹಣವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು ಖರ್ಚನ್ನು ಭರಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಎಂದು ಅವರು ಮೊದಲೇ ಹೇಳಿದ್ದರಿಂದ ಇದನ್ನು ಸರ್ವಾನುಮತದಿಂದ ಒಪ್ಪಲಾಯಿತು.

ಸಮೀಪದಲ್ಲಿ ಲ್ಯಾಬ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಮತ್ತು ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು: ಹೆಚ್ಚಿನ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಥೈರಾಯ್ಡ್ ತಪಾಸಣೆಗಾಗಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗಾಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕು / ಜಿಲ್ಲಾ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಪ್ರಯಾಣಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಮಹಿಳೆಯರು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಳಸುವ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ, ಲ್ಯಾಬ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ (ರಕ್ತ, ಮೂತ್ರ, ಥೈರಾಯ್ಡ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು) ಮತ್ತು ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್‌ಗಾಗಿ ದೀರ್ಘ ಕ್ಯೂ / ರಶ್ ಅನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಉತ್ತಮ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಬೇಕು: ಇದು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನಿರ್ವಹಣಾ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದ್ದು, ಇದು ನಿರ್ವಹಣಾ ಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು ಬಯಸುತ್ತದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಯಾವುದೇ ನಿರ್ವಹಣಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳು ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ.

ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು 500 ಕ್ಕೆ ಇಳಿಸುವ ಸಲಹೆಗಳು

ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಅವರೆಲ್ಲರೂ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಯೋಜನೆಗಳ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಕ್ರಮಬದ್ಧಗೊಳಿಸುವುದು / ಉಳಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ದೀರ್ಘ ಸಾಲು / ಜಾಸ್ತಿ ಜನರನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಪಾಕೆಟ್

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಖರ್ಚಿನಿಂದ 500 ಕ್ಕೆ ಇಳಿಸಲು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಂಬುಲೆನ್ಸ್ / ಸಾರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯದ ಸಮಯ / ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದು. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಸೇವೆಯನ್ನು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಪಿಎಚ್‌ಸಿ / ಎಸ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನವೀಕರಿಸುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನಸೆಳೆದರು. ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯದ ಖರ್ಚನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಈ ಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಉತ್ತಮ ತಲುಪುವಿಕೆಗಳಿಗಾಗಿ ಸಲಹೆಗಳು

- ಯಾವುದೇ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರದ ಬಡ ಜನರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು
- ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು
- ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಮಾನವಸಂಪನ್ಮೂಲ ಮತ್ತು ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು
- ತಾಯಿ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಸೂಕ್ತ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ
- ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆ / ನಿಧಿಗಳ ವಿತರಣೆ

4.12.1 ತಾಲ್ಲೂಕು, ಜಿಲ್ಲೆ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದ ಸಂದರ್ಶನಗಳು

ಇದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಬಜೆಟ್ ಕುರಿತ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಟಿಎಚ್‌ಒ, ಆರ್‌ಸಿಹೆಚ್‌ಒ, ಡಿಎಚ್‌ಒ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ಕೇಳಲಾಯಿತು. ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗಾಗಿ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕಾರಣಗಳು, ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗಾಗಿ ಮೂಲಗಳು, ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವುದು, ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿನ ತೊಂದರೆಗಳು ಮತ್ತು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಹೇಗೆ ತಡೆಯಬಹುದು ಎಂಬ ಅಂಶಗಳೊಂದಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಯ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳು ವ್ಯಕ್ತವಾಗಿವೆ.

ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಬಜೆಟ್ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ: ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಫೆಬ್ರವರಿಯಲ್ಲಿ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಯೋಜನಾ ಅನುಷ್ಠಾನ ಯೋಜನೆ (ಪಿಐಪಿ) ರೂಪದಲ್ಲಿ ಸಲ್ಲಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಚಟುವಟಿಕೆಗೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ, ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮತ್ತು ಬಜೆಟ್ ವಿಘಟನೆಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸುವ ಮೂಲಕ ಯೋಜನೆ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು ತಾಲ್ಲೂಕು ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸಲಾಗುವುದು. ಬಜೆಟ್ ಅನ್ನು ಕೇಂದ್ರದಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಲಾಗುವುದು ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯವು ಬಜೆಟ್ ಅನುಪಾತಕ್ಕೆ ಹೊಂದಿಕೆಯಾಗುವಂತೆ ಅನುದಾನವನ್ನು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಗೆ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ನಂತರ ಅದನ್ನು ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳ ವರೆಗೂ ಹಂಚಲಾಗುತ್ತದೆ. ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿ 2016-17ನೇ ಸಾಲಿನಿಂದ ಆನ್‌ಲೈನ್ ಪೋರ್ಟಲ್ ಮೂಲಕ ಪಿಐಪಿ ಸಲ್ಲಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಯೋಜನೆ: ಹಿಂದಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮೂಲಕ ಪಿಐಪಿ ಯನ್ನು ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸುವಲ್ಲಿ ವಿಳಂಬವಾಗುತ್ತಿತ್ತು ಮತ್ತು ಪಿಐಪಿ ಅನುಮೋದನೆಯಾದ ನಂತರವೇ ರಾಜ್ಯವು ಹಣವನ್ನು ವರ್ಗಾಯಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಇದು ವಿತರಣೆಯಲ್ಲಿ ವಿಳಂಬಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಯಿತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು. ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು

ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಸುವ್ಯವಸ್ಥಿತಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಈಗ ಬಜೆಟ್ ಸಮಯಕ್ಕೆ ವರ್ಗಾವಣೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಎನ್‌ಆರ್‌ಹೆಚ್‌ಎಮ್ ಬಜೆಟ್ ಸುವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಪ್ರಾಯೋಜಿತ ಯೋಜನೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಹಣವನ್ನು ವರ್ಗಾಯಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ್ದಾರೆ, ಅಂದಾಜುಗಳನ್ನು ಸಾಬೀತುಪಡಿಸುವುದು ತಮ್ಮ ಕೈಯಲ್ಲಿದೆ ಮತ್ತು ಬಜೆಟ್ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಮತ್ತು ಹಣ ವರ್ಗಾವಣೆ ಕಷ್ಟಕರವಾದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿದೆ ಏಕೆಂದರೆ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಯಾವುದೇ ಸಮಯದ ಸಾಲುಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯನ್ನೂ ಸಹ ಮಾಡಿಲ್ಲ ಖಜಾನೆ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿತ್ತು. ಸರ್ಕಾರದ ಎಲ್ಲಾ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಕ್ರೋಢೀಕರಣ ಕಚೇರಿಗಳಲ್ಲಿ ಸಮಗ್ರ ಹಣಕಾಸು ನಿರ್ವಹಣೆಯಾದ ಖಜಾನೆ ಖಬರ ಎಂಬ ಹೆಸರಿನ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಸಾಫ್ಟ್‌ವೇರ್ ಅನ್ನು ಗೋಕಾಕ್‌ನ ಖಜಾನೆ ಇಲಾಖೆ ಮಾಡಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಎನ್‌ಎಚ್‌ಎಮ್‌ಗೆ ಸಮನಾಗಿ ನಡೆಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಯಿತು ಆದರೆ ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಲಾಯಿತು.

ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದ ಯೋಜನೆ: ಹಿಂದಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಆಧರಿಸಿ ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ತಲುಪಲಾಗುವುದು ಮತ್ತು ಪ್ರಾಜೆಕ್ಟ್ ಸಂಖ್ಯೆಗಳನ್ನು ಹಿಂದಿನ ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಕನಿಷ್ಠ 10% ಹೆಚ್ಚಳದೊಂದಿಗೆ ಅಂದಾಜಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಬಜೆಟ್ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ರಿಯಲ್ ಟೈಮ್ ಹೆರಿಗೆ: ಹೆಚ್ಚಿನ ತಾಲ್ಲೂಕು ಮಟ್ಟದ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ನೈಜ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿತರಣೆಯು ಅವರೊಂದಿಗೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಹಣವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಹಣವು ಖಾಲಿಯಾದಾಗ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದ ನಂತರ ತಮಗೆ ಬರಬೇಕಾದ ಹಣವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ. ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದ ನೈಜ ಟೈಮ್ ಹೆರಿಗೆಯ ಸುಧಾರಣೆಯ ಕುರಿತು ಮಾತನಾಡಿದರು. ನಿಗದಿತ ಹಣಕಾಸು ವರ್ಷಗಳ ಪರಿಶೀಲನೆಯ ಮೂಲಕ ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಇದ್ದುದರಿಂದ, ಮೊತ್ತವನ್ನು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ವಿತರಿಸಲು ಅವರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಕಷ್ಟವಾಯಿತು. ಅವರು ಎದುರಿಸಿದ ಕೆಲವು ಸಮಸ್ಯೆಗಳು.

700 ಅಥವಾ 1000 ಮೊತ್ತವನ್ನು ವಿತರಿಸುವ ಸ್ಥಳಕ್ಕೆ ಪ್ರಯಾಣಿಸಲು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಾರೆ. ಮತ್ತು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ವಿಳಂಬ ವಿತರಣೆಯ ಚಿಕ್ಕಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ಅವರು ಕನಿಷ್ಠ ಒಂದರಿಂದ ಎರಡು ಬಾರಿ ಅಲ್ಲಿಗೆ ಪ್ರಯಾಣಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಚೆಕ್ ಇನ್ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ಎನ್‌ಕ್ಯಾಶ್ ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ, ಅದು ಅನೂರ್ಜಿತವಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಹೊಸ ಚೆಕ್ ನೀಡುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಇನ್ನೂ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಅವರು ದಾಖಲೆಯ ಅಧಿಕೃತ ಔಪಚಾರಿಕತೆಯನ್ನು ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ: ತಾಲ್ಲೂಕು ಮಟ್ಟದ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟ / ಎಚ್‌ಎಸ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸಿದರು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಸಮರ್ಥ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಹುದ್ದೆಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿಮಾಡುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ ಎಂದರು. ಜಿಲ್ಲೆಯಾದ್ಯಂತದ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ವಿತರಣೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಗಮನಸೆಳೆದರು ಮತ್ತು ಕಡಿಮೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಕಡಿಮೆ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದವು ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟರು ಮತ್ತು ಅಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಒಂದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅವರ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕೆಲಸದ ಹೊರೆ ಇದೆ ಎಂದರು. ಅವರು ಉಪ-ಜಿಲ್ಲೆ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ತಜ್ಞರ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಕೊರತೆ ಮತ್ತು ಎಫ್ ಆರ್ ಯು ಗಳನ್ನು 24X7 ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವಂತೆ ಮಾಡುವ ಸವಾಲುಗಳ ಬಗ್ಗೆಯೂ ಮಾತನಾಡಿದರು. ಅವರು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯಲ್ಲಿ ನೀವು ಸ್ತ್ರೀರೋಗತಜ್ಞರನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ತಜ್ಞರನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲಾಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ದಿನದ 24 ಗಂಟೆಯೂ ಕಾರ್ಯ ನಿರತರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ ಎಂದು ಅವರು ಹೇಳಿದರು. ಎಸ್‌ಡಿಹೆಚ್ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವನ್ನು ಖಾತರಿಪಡಿಸಿದ್ದೇವೆ ಮತ್ತು ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದೇವೆ ಎಂದು ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಅವರು 24X7 ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ಹೊರೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಸ್ಥಳಾಂತರಿಸಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಅವರು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. 24X7 ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಲು ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿದಾಗ ಅವರು ಬಜೆಟ್ ನಿರ್ಬಂಧಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾತನಾಡಿದರು.

ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಕಾರಣಗಳು: ಕೆಲವು ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ತಜ್ಞರ ಗಮನವನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಜನರ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಮಾತನಾಡುತ್ತಾರೆ, ಇದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವುದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಖರ್ಚಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅವರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಕೇಳುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ಸಾಮಾನ್ಯ ಎಎನ್‌ಸಿ ಯೊಂದಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆ. ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಲೋಡ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಲು ಒಂದು ದಿನದ ಸಮಯ ಮತ್ತು ಒಂದು ದಿನಕ್ಕಿಂತ ಕೆಲವು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಸೌಲಭ್ಯ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ಹೊರಗುತ್ತಿಗೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ಸೇವೆಗಳು ಉಚಿತ ಮತ್ತು ಶುಲ್ಕ ವಿಧಿಸುವಂತಿಲ್ಲ ಎಂದು ಅವರು ಹೇಳಿದರು, ಆದರೆ ಜನರು ಹಣವನ್ನು ನೀಡಲು ಬಯಸಿದರೆ ಅದು ಅವರಿಗೆ ಬಿಟ್ಟದ್ದು ಎಂದು ಅವರು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

4.13 ಪ್ರಕರಣ ಅಧ್ಯಯನ 1 ಸಿಸೀರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆ

ಜ್ಯೋತಿ 18 ವರ್ಷದವಳಿದ್ದಾಗ ಮದುವೆಯಾದಳು. ಅವಳ ಪತಿ ಲಾರಿ ಚಾಲಕ ಮತ್ತು ತಿಂಗಳಿಗೆ ಸುಮಾರು 12000 ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಗಳಿಸುತ್ತಾನೆ. ಅವಳು ಎರಡು ಬಾರಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾದಳು, 2012 ರಲ್ಲಿ ಒಮ್ಮೆ ಮತ್ತು ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ 2014 ರಲ್ಲಿ. ಈ ಬರಹವು ಅವಳ ಎರಡನೇ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಇದೆ. ಆಶಾ ಬೆಂಬಲದ ಮೂಲಕ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸಿದರು. ಅವಳು ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್ ಗೆ ನೋಂದಾಯಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದು ಮತ್ತು ಪಡೆದುಕೊಂಡಿದ್ದನ್ನು ನೆನಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾಳೆ. ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಮೊದಲ 3 ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ತಪಾಸಣೆಯೊಂದಿಗೆ ಅವಳು ಎಲ್ಲಾ 4 ಎಎನ್‌ಸಿ ತಪಾಸಣೆಗಳಿಗೆ ಕೂಡಲೇ ಹಾಜರಾದಳು, ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಅವಳು ಬಸ್‌ನಲ್ಲಿ ಪ್ರಯಾಣಿಸುತ್ತಿದ್ದಳು. ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯವು ಹಲಾಸಿಯಲ್ಲಿದ್ದು, ಅದು ಅವರ ನಿವಾಸದಿಂದ ಸುಮಾರು 10 ಕಿ.ಮೀ ದೂರದಲ್ಲಿದೆ. ಇದು ದೂರದ ಅರಣ್ಯ ಪ್ರದೇಶವಾದ್ದರಿಂದ ಬಸ್‌ಗಳು ಬೆಳಿಗ್ಗೆ 10 ಗಂಟೆಯಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ನಂತರ ಮಧ್ಯಾಹ್ನ 12, 3 ಮತ್ತು 5 ಗಂಟೆಗೆ ಹೊರಡುತ್ತದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ತಲುಪಲು ಸರಿಸುಮಾರು ಅರ್ಧ ಗಂಟೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಒಂದು ಟ್ರಿಪ್‌ಗೆ ಅವಳ 50 ರೂಪಾಯಿ ವೆಚ್ಚವಾಗುತ್ತದೆ. ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ಅವಳು ತನ್ನ ಸ್ವಂತ ವಾಹನವನ್ನು ಬಳಸಿದಳು. 4 ಟ್ರಿಪ್‌ಗಳಿಗೆ ಅವಳಿಗೆ ಬಸ್‌ನಲ್ಲಿ 400 ರೂಪಾಯಿ ವೆಚ್ಚವಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಸರ್ಕಾರವು ಒದಗಿಸಿದ ಸೌಕರ್ಯ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಿರುವುದನ್ನು ಅವರು ತಿಳಿಸುತ್ತಾರೆ. ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿನ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್‌ಗಾಗಿ ಅವಳಿಗೆ 800 ವೆಚ್ಚವಾಗಿದೆ.

ಈ ತಪಾಸಣೆಗಳಿಗಾಗಿ ಅವಳು ಬೆಳಿಗ್ಗೆ 10 ಗಂಟೆಗೆ ಹೊರಟು ಸಂಜೆ 4 ಗಂಟೆಯ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗುತ್ತಿದ್ದಳು. ಬಸ್ ಚಾರ್ಜ್‌ಗಾಗಿ ಅವಳಿಗೆ 50 ರೂಪಾಯಿಗಳು ಖರ್ಚಾಗುತ್ತಿತ್ತು ಮತ್ತು ಅವಳು ದಿನಕ್ಕೆ 200 ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಆಹಾರಕ್ಕಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಳು. ಕಾನಪುರದಲ್ಲಿ ಸ್ಕಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಲಾಯಿತು, ಮತ್ತು ಬಸ್ ಮೂಲಕ ಅಲ್ಲಿಗೆ ಹೋಗಲು ಅವಳಿಗೆ 50 ರೂಪಾಯಿ ವೆಚ್ಚವಾಯಿತು. ಅವಳು ಅಂದಾಜು 11 ರಿಂದ 3 ಗಂಟೆಯವರೆಗೆ ಸ್ಕಾನ್ ವರದಿಗಾಗಿ ಕಾಯ್ದು ಪಡೆದುಕೊಂಡು ಬಂದಿದ್ದಾಳೆ.

ಸಾರಿಗೆ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ವೆಚ್ಚವು ಸೇರಿ ಸ್ಕಾನಿಂಗ್‌ಗಾಗಿ ಒಟ್ಟು 600 ರಿಂದ 700 ರೂಪಾಯಿಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಖರ್ಚಾಗಿದೆ ಎಂದು ಅವರು ತಿಳಿಸುತ್ತಾರೆ, ಇದರಲ್ಲಿ 100 ರೂಪಾಯಿಗಳು ಸ್ಕಾನ್ ನಡೆಸುವ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ರಶೀದಿ ಇಲ್ಲದೆ ಪಾವತಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅವಳು ಎರಡು ಬಾರಿ ಸ್ಕಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾಳೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಒಟ್ಟು ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ 2500 ರಿಂದ 3500 ರೂಪಾಯಿಗಳ ವರೆಗಿದೆ. ರಕ್ತಹೀನತೆ ಇದೆ ಎಂದು ತೀರ್ಮಾನಿಸಲಾಗಿದ್ದು ಮತ್ತು ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದ್ದರೂ, ಅವಳಿಗೆ ಯಾವುದೇ ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿಲ್ಲ.

30 ದಿನಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಆಕೆಗೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿಯೇ ಕಬ್ಬಿಣದ ಫೋಲಿಕ್ ಆಸಿಡ್ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಯಿತು. ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ದೊಡ್ಡ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಸಂಭವಿಸಿಲ್ಲ. ದೇಹದ ನೋವಿನಂತಹ ವಿವಿಧ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗಾಗಿ ಅವರು ನಂದಗಡದ ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಭೇಟಿ ಮಾಡಲು ಮೂರು ಬಾರಿ ಹೋದರು, ಇದಕ್ಕಾಗಿ ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕ 300-400 ರೂಪಾಯಿಗಳಾಗಿದೆ. ಮಾತ್ರೆಗಳ ನಿಗದಿತ ಬೆಲೆ 200-300 ರೂಪಾಯಿಗಳು. ಈ ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯವು 15 ಕಿ.ಮೀ ದೂರದಲ್ಲಿತ್ತು ಮತ್ತು ಅಂತಹ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಅವಳು ತನ್ನ ಸ್ವಂತ ವಾಹನವನ್ನು ಬಳಸುತ್ತಿದ್ದಳು. ಅಂತಹ ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯರ ಒಂದು ಭೇಟಿಗೆ ಅಂದಾಜು 500 ರೂಪಾಯಿಗಳು ವೆಚ್ಚವಾಗುತ್ತವೆ. ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತ 1500 ರ ವರೆಗಿದೆ.

ಅವಳಿಗೆ ಕಾನಪುರ ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾಯಿತು. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಅವರು ಪ್ರವೇಶಕ್ಕಾಗಿ 50-100 ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಪಾವತಿಸಿದರು. ಅವಳು ಸಿಸೇರಿಯನ್ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಳು. ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ನೀಡಲು ಸುಮಾರು 5000 ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ವ್ಯಯಿಸಬೇಕಾಯಿತು. ಅವಳ ಮೊದಲ ಹೆರಿಗೆ ಉಚಿತವಾಗಿತ್ತು. ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅವಳು ರಕ್ತವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಳು ಮತ್ತು ವರ್ಗಾವಣೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಯಿತು, ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಒಂದು ಬಾಟಲಿಗೆ 1300 ರೂಪಾಯಿ ವೆಚ್ಚವಾಯಿತು ಮತ್ತು ಅವಳಿಗೆ 2 ಬಾಟಲಿ ರಕ್ತದ ಅಗತ್ಯವಿತ್ತು. ಇದಕ್ಕೆ ಸಾರಿಗೆಯೂ ಸೇರಿದಂತೆ ರೂ. 4000 ವರೆಗೂ ವ್ಯಯಿಸಬೇಕಾಯಿತು. ಖಾನಾಪುರದಲ್ಲಿ ರಕ್ತದ ಸೌಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದ ಕಾರಣ ರಕ್ತವನ್ನು ಬೆಳಗಾವಿಯಿಂದ ತರಬೇಕಾಯಿತು. ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿಯೇ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಪ್ಯಾಡ್‌ಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಯಿತು. ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಆಹಾರವನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಆದ್ದರಿಂದ ಅಲ್ಲಿ ಹಾಜರಿದ್ದ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆಹಾರದ ವೆಚ್ಚವಾಗಿ ಅಂದಾಜು 6000 ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಪಾವತಿಸಬೇಕಾಯಿತು. ಬೆಡ್‌ಶೀಟ್ ಬದಲಾಯಿಸಲು ಅವಳು ನರ್ಸ್‌ಗೆ 50 ರೂಪಾಯಿ ಪಾವತಿಸಬೇಕಾಗಿತ್ತು. ತನ್ನ ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತರಲಾಗಿದೆಯೆಂದು ಅವಳು ತಿಳಿಸಿದಳು, ಅದರ ಬೆಲೆ ಸುಮಾರು ರೂ. 6000 ಗಳಷ್ಟಾಗಿತ್ತು. ಹೆರಿಗೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಈ ವಿಷಯವನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿದರು. ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಗಕ್ಷೇಮವು ಇತರ ಕೈಯಲ್ಲಿದ್ದಾಗ ನೀವು ಅವರು ಹೇಳಿದ್ದನ್ನು ಕೇಳುವುದನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ನಮ್ಮನ್ನು ನಾವು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಅವರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಏಳು ದಿನಗಳ ಕಾಲ ಇದ್ದರು. 15 ರೂಪಾಯಿ ವೆಚ್ಚದ ಖಾಸಗಿ ವಾಹನದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಆದ ಒಂದು ತಿಂಗಳ ನಂತರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಹೋದರು. ಹಿಂತಿರುಗಲು ಖಾಸಗಿ ವಾಹನವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ, ಇದರ ಬೆಲೆ ಸುಮಾರು 700 ರೂಪಾಯಿಗಳು.

ಹೆರಿಗೆಯ ಮೊದಲು, ಸರ್ಕಾರಿ ಯೋಜನೆಯ ಭಾಗವಾಗಿ 1000 ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಯಿತು. ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ಅನ್ನು ಉಚಿತವಾಗಿ ನೀಡಲಾಯಿತು. ಒಟ್ಟು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ 2000 ರೂಪಾಯಿಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿತ್ತು. ಒಟ್ಟು ಆಹಾರ ವೆಚ್ಚ 4000 ರಿಂದ 5000 ರೂಪಾಯಿ. ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚ 15000 ರಿಂದ 16000 ರೂಪಾಯಿಗಳು. ಪತಿ ಚಾಲಕನಾಗಿದ್ದು ತಿಂಗಳಿಗೆ 6 ರಿಂದ 7000 ಗಳಿಸುತ್ತಾನೆ. ಅವಳು ತನ್ನ ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ತನ್ನ ಉಳಿತಾಯವನ್ನು ವ್ಯಯಿಸಿದಳು ಮತ್ತು ಅವಳ ಸ್ನೇಹಿತನಿಂದ ಸ್ವಲ್ಪ ಹಣವನ್ನು ಸಾಲವಾಗಿ ಪಡೆದಳು. ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಇತರ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ರಾಜಿ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದನ್ನು ಅವರು ನೆನಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಹೆರಿಗೆಗೆ ವೈದ್ಯರು ಮೊದಲು 6000 ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ವಿಧಿಸಿದರು ಆದರೆ ಆಶಾ ಅಲ್ಲಿಯವರ ಜೊತೆ ಮಾತುಕತೆ ನಡೆಸಿದಾಗ ಅದನ್ನು 5000 ಕ್ಕೆ ಇಳಿಸಿದರು ಎಂದು ಅವರು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಔಷಧಿಗಳು ಸರ್ಕಾರಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಲಭ್ಯವಾಗುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು ಎಂದು ಅವರು ಸೂಚಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರ ಸರ್ಕಾರಿ ಯೋಜನೆಯಿಂದ ಯಾವುದೇ ಹಣವನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿಲ್ಲ. ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಹೆರಿಗೆ ಉಚಿತವಾಗಿದ್ದರೂ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶುಲ್ಕಗಳು ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚು. ಮಡಿಲು ಕಿಟ್‌ಗಳು ತುಂಬಾ ಚೆನ್ನಾಗಿತ್ತು ಎಂದು ಅವರು ಹೇಳುತ್ತಾರೆ. ಮೊದಲ ಹೆರಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಯೋಜನೆಯ ಭಾಗವಾಗಿ ಆಕೆಗೆ 700ರೂ ಮತ್ತು 1000ರೂ ಸಿಕ್ಕಿತ್ತು. 2 ನೇ ಹೆರಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಆಕೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಯೋಜನೆಯ ಭಾಗವಾಗಿ ಕೇವಲ 1000 ಮಾತ್ರ ಪಡೆದಿದ್ದಾಳೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಅವಳ ಎರಡನೇ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಗೆ ಅವಳಿಗೆ ಸುಮಾರು ರೂ 25000 ರಷ್ಟು ವೆಚ್ಚವಾಯಿತು ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

4.14 ಪ್ರಕರಣ ಅಧ್ಯಯನ 2 ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆ

ಮದುವೆಯಾದಾಗ ಅನುಷ್ಠಾನ 22 ವರ್ಷ, 2014 ರಲ್ಲಿ 23 ನೇ ವಯಸ್ಸಿಗೆ ಗರ್ಭವತಿಯಾದರು. ಅವರ ಪತಿ ಗಾರಕೆಲಸದವರಾಗಿದ್ದು, ಆಕೆ ಗರ್ಭವತಿಯಾದಾಗ ಮೊದಲ 5 ತಿಂಗಳು ಅವರು ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರದಲ್ಲಿದ್ದರು. ಅವಳ ಪತಿ ಪ್ರತಿ ವಾರ ಕೆಲಸ ಹುಡುಕಬೇಕಿತ್ತು. ಈಗ ಅವಳು ಮೊದಲ ಸಲ ಗರ್ಭವತಿಯಾಗಿದ್ದಾಳೆ, ಅವಳಿಗೆ ಎಂ.ಕೆ. ಹುಬ್ಬಿಯ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾಯಿತು. ಅವಳು ಗರ್ಭವತಿಯಾಗಿರುವ ವಿಷಯವನ್ನು ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಿಂದ ದೃಢೀಕರಿಸಿದೆ, ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಕಿಟ್ ಬಳಸಿ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯನ್ನು ಸ್ವತಃ ದೃಢಪಡಿಸಿಕೊಂಡರು. ಅವಳಿಗೆ ಈ ಕಿಟ್‌ಗೆ 60 ರೂಪಾಯಿ ವೆಚ್ಚವಾಗಿದೆ, ಮತ್ತು ನಂತರದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಪಾರೀಶ್ ವಾಡ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಿಸಲಾಯಿತು. ಈ ಪರಿಷ್ಕರಣೆ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗೆ ಹೋಗಲು ಅವಳಿಗೆ 10 ರೂಪಾಯಿ ವೆಚ್ಚವಾಗುತ್ತದೆ. ಅವಳು ಇಲ್ಲಿ 9 ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ನಿಯಮಿತ ಎಎನ್‌ಸಿ ತಪಾಸಣೆಗಾಗಿ 4 ಬಾರಿ ಹೋಗಿದ್ದಾಳೆ ಮತ್ತು ಎಎನ್‌ಸಿ ತಪಾಸಣೆಗಾಗಿ ಪ್ರಯಾಣದ ಸಾರಿಗೆಗಾಗಿ ಅವಳು 80 ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ವೆಚ್ಚ ಮಾಡಿದ್ದಾಳೆ. ಎಎನ್‌ಸಿ ತಪಾಸಣೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ಆಕೆಯ ರಕ್ತ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು, ಆಕೆಯ ತೂಕವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು ಮತ್ತು ಮಾತ್ರಗಳನ್ನು 30 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ನೀಡಲಾಯಿತು ಇದನ್ನು ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳು ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅವಳಿಗೆ ನೀಡಿದ ಮಾತ್ರಗಳನ್ನು 5 ತಿಂಗಳು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಳು. ಆಕೆಗೆ ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಟ್ಯಾಬ್ಲೆಟ್ ಮತ್ತು ಟಾನಿಕ್ ಸಹ ನೀಡಲಾಯಿತು, ಅದನ್ನು ಅವಳು 8 ತಿಂಗಳು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಳು. ಅವರು ತನ್ನ ಮೊದಲ ತಪಾಸಣೆ, ತನ್ನ 2 ನೇ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಎಂದು ಅವರು

ನೆನಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದ ಕಾರಣ ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಯಿಂದ ನಿಗದಿತ ಐಎಫ್‌ಎ ಮಾತ್ರಗಳನ್ನು ಆಕೆ ಖರೀದಿಸಬೇಕಾಗಿತ್ತು. ಆಕೆಗೆ 30 ಮಾತ್ರಗಳಿಗೆ 90 ರೂಪಾಯಿಗಳಂತೆ ವ್ಯಯಿಸಿದಳು ಹಾಗೂ ಅವಳು ಈ ಮಾತ್ರಗಳನ್ನು 3 ತಿಂಗಳ ಕಾಲ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಳು. ತನ್ನ ಎಎನ್‌ಸಿ ತಪಾಸಣೆಯ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ 400 ರೂಪಾಯಿಗಳಷ್ಟು ಆಹಾರಕ್ಕಾಗಿ ಮತ್ತು ಅವಳು ಸ್ಕಾನಿಂಗ್ ಗಾಗಿ 100 ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಳು. ಎಲ್ಲಾ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯಲ್ಲಿಯೇ ನೀಡಲಾಯಿತು, ಅವಳು ಯಾವುದೇ ಔಷಧಿಗಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿಲ್ಲ. ಗರ್ಭವತಿಯಾಗಿದ್ದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅವಳು ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರದಿಂದ 3 ಬಾರಿ ಪ್ರಯಾಣಿಸಿದ್ದು, ಅವಳ ಎಲ್ಲಾ 3 ಪ್ರಯಾಣಕ್ಕೂ ಸೇರಿ 3000 ವೆಚ್ಚವಾಗಿದ್ದು, ಅದನ್ನು ಅವಳ ಪತಿ ಭರಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಗರ್ಭವತಿಯಾಗಿದ್ದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ 4 ಬಾರಿ ಸ್ಕಾನಿಂಗ್ ನ್ನು ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಮಾಡಿಸಲಾಯಿತು. ಪ್ರತಿ ಸ್ಕಾನ್‌ಗೆ 600 ರೂಪಾಯಿ ವೆಚ್ಚವಾಗಿದೆ. ಸ್ಕಾನ್ ವರದಿಗಳನ್ನು ಮರುದಿನ ಮಾತ್ರ ಆಕೆಗೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆಯೆಂದು ಅವಳು ನೆನಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾಳೆ. ಬಸ್ ಮೂಲಕ ಸ್ಕಾನಿಂಗ್ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅವಳು 10 ರೂಪಾಯಿ ವೆಚ್ಚಮಾಡಿದ್ದಾಳೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಆಕೆಯ ಒಟ್ಟು ಸ್ಕಾನಿಂಗ್ ವೆಚ್ಚವು 4000 ರೂಪಾಯಿಗಳವರೆಗಿದೆ. ಎಎನ್‌ಸಿ ಚೆಕ್-ಅಪ್‌ಗಳು ಮತ್ತು ಸ್ಕಾನಿಂಗ್‌ಗಾಗಿ ಅವಳು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಪ್ರಯಾಣಗಳನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಳು, ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಅವಳಿಗೆ ಒಂದು ಪ್ರಯಾಣಕ್ಕೆ 20 ರೂಪಾಯಿ ವೆಚ್ಚವಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಆದ್ದರಿಂದ, ಅವರು 4 ಬಾರಿ ಎಎನ್‌ಸಿ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಹೋದರು ಮತ್ತು 4 ಬಾರಿ ಸ್ಕಾನ್ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡರು. ಯೋಜನೆಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಸಲುವಾಗಿ ಅವಳು ಪಂಚಾಯತಿಯ ಭಾಗವಾಗಿದ್ದಾಳೆಂದು ಕೆಲವು ದಾಖಲೆಗಳು ಬೇಕು ಅದರಲ್ಲಿ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕಾರ್ಡ್ ಕೂಡ ಒಂದು. ಆದರೆ, ಆಕೆಯ ಹೆಸರು ಪಡಿತರ ಚೀಟಿಯಲ್ಲಿ ಇರಲಿಲ್ಲ. ಹೀಗಾಗಿ ಈ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ಅವಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ 1000 ರೂಪಾಯಿ ವೆಚ್ಚವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಿಮವಾಗಿ, ಆಕೆ ತನ್ನ ಹೆಸರನ್ನು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕಾರ್ಡ್‌ಗೆ ದಾಖಲಿಸುತ್ತಾಳೆ. ಅದು ಅವಳನ್ನು ಮಾತೃತ್ವ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಅರ್ಹಳನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಿತು.

ಅವಳಿಗೆ ಎಂ.ಕೆ.ಹುಬ್ಬಿಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾಯಿತು. ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅವಳು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕಾರ್ಡ್ ಹೊಂದಿದ್ದಳು. ಆಕೆಯನ್ನು ಒಬ್ಬ ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರು ನೋಡಿದರು. ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚವು 3000 ರೂಪಾಯಿಗಳು ಮತ್ತು ಅವಳನ್ನು 3 ದಿನಗಳ ಕಾಲ ಅಲ್ಲಿಯೇ ಇರುವಂತೆ ಹೇಳಲಾಯಿತು ಮತ್ತು ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಯಾಯಿತು. ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕ 300 ರೂಪಾಯಿಗಳು, ನರ್ಸ್‌ಗೆ 100 ರೂಪಾಯಿ ನೀಡಲಾಯಿತು.

ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅವಳಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಉಚಿತ ಆಹಾರವನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿಲ್ಲ. ಅವಳ ತಂದೆ ಅವಳ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಇರುತ್ತಿದ್ದರು ಮತ್ತು ಅವಳ ತಂದೆಯ ಮನೆಯಿಂದ ಅವಳಿಗೆ ಆಹಾರವನ್ನು ತಂದು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತನ್ನ ತಂದೆಯ ಮನೆಯಿಂದ ಅವಳು ಬಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಯಾಣಿಸಿದಳು ಮತ್ತು ಬಸ್ ನಿಲ್ದಾಣದ ಸ್ಥಳದಿಂದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ 100 ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಪಾವತಿಸಲಾಯಿತು ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರ ಮತ್ತೆ ತಂದೆಯ ಮನೆಗೆ ಹೋಗಲು 100 ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಪಾವತಿಸಿದಳು.

ಹೆರಿಗೆಯ ನೋಂದಣಿ ಪಡೆಯಲು ಅವಳು ಕಷ್ಟಪಟ್ಟಿದ್ದಾಳೆ. ಅವಳು ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ, ಅವಳಿಗೆ ಅಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಯೋಜನ ಸಿಗದ ಕಾರಣ, ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಲು ಅವಳು ಬೆಳಗಾವಿಗೆ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಪ್ರಯಾಣಿಸಬೇಕಾಗಿತ್ತು. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಡಾಕ್ಟರ್ ಭೇಟಿಗೆ ಮುಂಚಿತವಾಗಿ ಹೆಸರು ನೋಂದಾಯಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಮುಂಚಿತವಾಗಿಯೇ ಆಕೆ ಯಾರನ್ನಾದರೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಕಳುಹಿಸಬೇಕಾಗಿತ್ತು, ಇದು ಅವಳ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿತು. ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್ ಹೊಂದಿರುವಾಗ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ನೋಂದಣಿ ಏಕೆ ಎಂದು ಕೇಳಿದಾಗ, ಆಶಾ ಮತ್ತು ಬೆಳಗಾವಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯವರು ಎಎನ್‌ಸಿ ಮಾಡುವುದು ವಾಡಿಕೆಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಸೂಚಿಸಿದರು, ಇದು ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆಗಳಿದ್ದಲ್ಲಿ ಬೇರೆಡೆಗೆ ಪ್ರಕರಣವನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಇದು ಸುಗಮಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬುದು ತಿಳಿದು ಬಂತು. ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಪಡೆಯಲು ಅನುಕೂಲವಾಗಲಿ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯ ವಿಧಾನ ವಿಳಂಬವಾಗದಿರಲಿ ಎಂಥ ಕಾರಣ ಮಾಡಲು ಸೂಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಕ್ರಿಯಾಶೀಲರಾಗಿದ್ದರು ಹಾಗೂ ಸಹಾಯಕವಾಗಿದ್ದರು ಎಂದು ಅವರು ನೆನಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಅವಳು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕಾರ್ಡ್ ಹೊಂದಿದ್ದರಿಂದ, ಪ್ರಸೂತಿ ಅರೈಕೆ ಸೌಲಭ್ಯದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಅವಳಿಗೆ ಹಣ ನೀಡಲಾಯಿತು. ಹೆರಿಗೆಯಾದ ನಂತರ ಚಿಕ್ಕ ಮೂಲಕ ಆಕೆಗೆ 700 ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಯಿತು. ಆದರೆ 2 ನೇ ಎಎನ್‌ಸಿ ತಪಾಸಣೆಯ ನಂತರ ಆಕೆಗೆ 1000 ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿಲ್ಲ. ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಒಂದು ವರ್ಷದ ನಂತರ ಆಕೆಗೆ 1000 ರೂಪಾಯಿ ನೀಡಲಾಯಿತು. ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರ ಆಕೆಗೆ ಅರ್ಧ ಡಜನ್ ಸ್ಯಾನಿಟರಿ ಪ್ಯಾಡ್‌ಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಯಿತು. ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ಸಹ ನೀಡಲಾಯಿತು ಆದರೆ ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಆಕೆ 400 ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ನೀಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದರು. ಅಂಗನವಾಡಿ ಪಡಿತರವನ್ನು ಸಹ ನೀಡಲಾಗಿಲ್ಲ ಎಂದು ಅವರು ಹೇಳುತ್ತಾರೆ. ಪ್ರಯಾಣ ವೆಚ್ಚ ಸೇರಿದಂತೆ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ 10,000 ದಿಂದ 12,000 ರೂಪಾಯಿಗಳೆಂದು ಹೇಳಲಾಗಿದೆ. ಅವರು 30000 ರೂಪಾಯಿಗೆ ಲೇವಿದಾರರಿಂದ ಸಾಲವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದರು, ಅದನ್ನು 18 ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಬಡ್ಡಿಯು ಸೇರಿದಂತೆ ತಿಂಗಳಿಗೆ 2000 ರೂಪಾಯಿಗಳಂತೆ ಮರುಪಾವತಿಸಬೇಕಾಗಿತ್ತು. ಅವಳು ಧರ್ಮಸ್ಥಳ ಸಂಘದಿಂದಲೂ ಸಾಲವನ್ನೂ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಳು, ಮತ್ತು ಅವಳು ಗರ್ಭವತಿಯಾಗಿದ್ದಾಗ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಖರ್ಚಿಗಾಗಲಿ ಅಥವಾ ಬೇರೆಯಾವುದಕ್ಕೂ ಹಣವನ್ನು ಉಳಿತಾಯ ಮಾಡಿಲ್ಲ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾಳೆ.

4.15 ಮಿತಿಗಳು

ಈ ಸಂಪೂರ್ಣ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಅವರು ಮಾಡಿರುವ ಖರ್ಚಿನ ನೆನಪನ್ನು ಆಧರಿಸಿದೆ ಮತ್ತು ಕೆಲವು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಾದಾರರಿಗೆ ನಿಖರವಾಗಿ ನೆನಪಿಲ್ಲದಿರುವುದರಿಂದ, ಖರ್ಚು ಮಾಡಿರುವ ಅಂದಾಜು ಬೆಲೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ಕೆಲವರ ಆದಾಯವನ್ನು ಮೀರಿ ಬೆಲೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಿವೆ. ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಅವರು ಉತ್ತೇಕ್ಷಿಸಿರಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಅವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿ ತಮಗೆ ಹಣ ಮರಳಿಸಿಬಹುದೆಂದು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ ಅದೇ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣ ಪರಿಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ನಿಖರವಾಗಿ ನೆನಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಕಷ್ಟಕರವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ನೆನಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ಪೂರ್ವಾಗ್ರಹವು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನವು ನೇರ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಒಳಗೊಂಡಿದೆ ಮತ್ತು ಪರೋಕ್ಷ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಇರುವ ಜನರ ಪರೋಕ್ಷ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ.

ಎರಡನೆಯದಾಗಿ, ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ನಿಖರವಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲು ಯಾವುದೇ ಸಾಕ್ಷ್ಯ ಮತ್ತು ಪುರಾವೆಗಳಿಲ್ಲ. ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿನ ಖರ್ಚಿಗೆ ಸಾಕ್ಷ್ಯಗಳಿವೆ ಆದರೆ ಹೆಚ್ಚಿನವರು 3-4 ವರ್ಷ ಹಿಂದಿನ ಖರ್ಚಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಪುರಾವೆಗಳನ್ನು ಇಟ್ಟುಕೊಂಡಿಲ್ಲ.

ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳು ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಸನ್ನಿವೇಶವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರು ಪಾವತಿಸಿದರೆ ಅವರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ನೀಡಿರುವ ಕುರಿತಾಗಿ ಹೇಳಿರುವ ಹೇಳಿಕೆಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಇದಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ದಾಖಲೆಗಳ ಪುರಾವೆಗಳಿಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ರೆಫರೆಲ್ ಖರ್ಚು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚದ ಇತರ ಅಂಶಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ತಿಳಿದು ಬರುವುದಿಲ್ಲ.

ಅಧ್ಯಾಯ - 5 ಪ್ರತಿಫಲನಗಳು ಮತ್ತು ತೀರ್ಮಾನಗಳು

5.1 ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಅದರ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು:

2014-15 - 2015-16ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರು ತಾಯಂದಿರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿವಿಧ ಘಟಕಗಳಿಗೆ ಮಾಡಿದ ಖರ್ಚಿನ ದತ್ತಾಂಶ ಮತ್ತು ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ನಾವು ಇಲ್ಲಿ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದೇವೆ. ವೆಚ್ಚವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಬೇಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಪೂರೈಕೆಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಇದು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೆ ಎಎನ್‌ಸಿ ಮತ್ತು ಪಿಎನ್‌ಸಿಗಳ ವೆಚ್ಚವನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಹಣಕಾಸಿನ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಅಥವಾ ಮಾತೃತ್ವ ಖರ್ಚಿನ ಕೆಲವು ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ನಾವು ನೋಡಿದ್ದೇವೆ ಮತ್ತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಯೋಜನೆಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯೊಳಗೆ ಎಷ್ಟಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನೋಡಲಾಗಿದೆ. ಇದಲ್ಲದೆ, ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಮೂಲಗಳನ್ನೂ ನಾವು ನೋಡಿದ್ದೇವೆ. ಪ್ರತಿ ಘಟಕದ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಎಲ್ಲಾ ಘಟಕಗಳಿಂದ ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟು ಎಎನ್‌ಸಿ, ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ, ಪಿಎನ್‌ಸಿ ಅಲ್ಲದೆ ಇವುಗಳೆಲ್ಲವನ್ನೂ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಎಂದು ಒಟ್ಟುಗೂಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸರಾಸರಿ ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚವು ರೂ 6023 ಆಗಿದ್ದರೆ, ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರವನ್ನು ಲೆಕ್ಕಿಸದೆ ಸರಾಸರಿ ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚ ರೂ 8441 ಆಗಿದೆ, ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ ಜನರಿಗೆ ಸರಾಸರಿ ಪ್ರಸವದ ನಂತರದ ವೆಚ್ಚವು ರೂ 601 ಆಗಿದೆ.

ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚ ರೂ 18630 ಆಗಿದ್ದು, ಇದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾದರಿ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ (2014) 71 ನೇ ಸುತ್ತಿನಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಿರುವ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳಿಗಿಂತ ಸ್ವಲ್ಪ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ, ಇದು ದಕ್ಷಿಣ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ (ಗೋಲಿ, ಮೊರಥಾಜ್, ರಾಮಮೋಹನ್, ಶ್ರುತಿ, ಮತ್ತು ಪ್ರಧಾನ್, 2016), ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಯ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚ ರೂ 6003 ಆಗಿದ್ದು, ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ 13,035 ರೂಗಳಾಗಿದೆ.

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚ ರೂ 12,478 ಆಗಿದ್ದು, ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಸುಮಾರು 22435 ರೂ ಗಳಾಗಿದೆ. ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಯಾವಾಗಲೂ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಗಿಂತ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ವೆಚ್ಚವಾಗುತ್ತದೆ.

ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್‌ನಂತಹ ಸೇವೆಗಳು ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಅದು ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ, ದುಬಾರಿಯಾಗಿದೆ ಅಲ್ಲದೆ ದೀರ್ಘ ಸರತಿ ಸಾಲಗಳಿವೆ, ಹೀಗಾಗಿ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಹೆಚ್ಚು ಸಮಯ ವ್ಯಯಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಲು ವಿಕಿರಣಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರು ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದ ಕಾರಣ ಈ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಎಲ್ಲಾ ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರಿನಂತಹ ಕೆಲವು ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ. ಇದು ಖಾಸಗಿ ವಲಯದಿಂದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಒತ್ತಾಯಿಸುವ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ, ಇದರಿಂದಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಕನಿಷ್ಠ 2 ಸ್ಕ್ಯಾನ್‌ಗಳ ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ಬೆಲೆ 2000 ರೂಗಳಾಗಿದೆ.

ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರಿಗೆ ಮಾಡುವ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಪ್ರಮುಖ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳು ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರ ವಿಧಗಳ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ಬದಲಾಗುತ್ತವೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆದಿರುವ ಬಹುಪಾಲು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರಿಗೆ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ಪಾವತಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಕೆಲವರು ತಮ್ಮ ಸ್ವಂತ ಆಸಕ್ತಿಯಿಂದ ಸೇವಾಪೂರೈಕೆದಾರರಿಗೆ ಹಣ ಪಾವತಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರೇ ಅದರ ಬೇಡಿಕೆಯಿಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದೆ, ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ರೀತಿಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ 'ಎಕ್ಸ್' ಮೊತ್ತದ ಶುಲ್ಕ ವನ್ನು ವೈದ್ಯರು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ವಿಧಿಸುತ್ತಾರೆ ಹಾಗೂ ಸಹಾಯಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಶುಲ್ಕ ವಿಧಿಸುತ್ತಾರೆ. ಜನರು ತಮ್ಮ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಅವರ ಬೇಡಿಕೆಯ ಹಣವನ್ನು ಮಾತುಕತೆ ನಡೆಸಿ ಪಾವತಿಸಿರುವುದರಿಂದ ಹಾಗೂ ಈ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಅಭ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ವೈಯಕ್ತಿಕ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳೊಂದಿಗೆ ಅಳಿಯುವುದು ತುಂಬಾ ಕಷ್ಟ. ಕೆಲವರು ಪಾವತಿಸಿದ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಉತ್ಪ್ರೇಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಇತರರು ಪ್ರಸ್ತುತ ದರಗಳನ್ನು ಪಾವತಿಸಿದ್ದೇವೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ಮಾಡಿದಾಗ ಅವರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮವಾಗಿ ನೋಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಅಭ್ಯಾಸವಾಗಿದ್ದು, ರಾಜ್ಯದಾದ್ಯಂತ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳು ಬದಲಾಗಲು ಇದು ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಸೇವೆಗಳು ಉಚಿತವಾಗಿದ್ದಾಗ ನಾವು ಏಕೆ ಪಾವತಿಸಬೇಕೆಂಬಂತಹ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ನಮಗೆ ಕೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಈ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಾವತಿಸದೆ ಇದ್ದಲ್ಲಿ, ಪಾವತಿಸುವ ತನಕ ಅವರನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅವರ ಪಾಡಿಗೆ ಅವರನ್ನು ಬಿಡಲಾಗುತ್ತದೆ ಯಾರುಗಮನಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅದೇ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಬಳಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಜನರು ಮಗುವಿನ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಅದೇ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಮತ್ತೆ ಬಳಸಬೇಕಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಅದರ ಬಗ್ಗೆ ಮಾತನಾಡಲು ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಾರೆ.

ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್‌ನಂತಹ ಕೆಲವು ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದಾಗ ಸಾಕಷ್ಟು ಹಣವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಎಎನ್‌ಸಿ ತಪಾಸಣೆಗಾಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕು ಕೇಂದ್ರ ಕಚೇರಿ ಅಥವಾ ಜಿಲ್ಲಾ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಪ್ರಯಾಣಿಸಬೇಕಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಬೆಂಬಲಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ ಎಂದು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟರು. ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ದೂರದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಜನರಿಗೆ ಪ್ರಯಾಣ ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆ ಜನರಿಗೆ ಒಂದು ಸವಾಲಾಗಿ ಕಾಣುತ್ತದೆ, ಏಕೆಂದರೆ ಅವರಿಗೆ ಕೇವಲ ಕೆಲವೇ ಕೆಲವು ಸಾರಿಗೆ ಮಾದರಿಗಳು ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆ ಆಯ್ಕೆಗಳು ಲಭ್ಯವಿವೆ.

ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳು ಮತ್ತು ಹತ್ತಿರದ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಸಮಾನಾಂತರವಾಗಿ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಬಯಸುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ಅವರು ಖಾಸಗಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಹಣ ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಇದು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ, ಆದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರು ಕಡಿಮೆ ಆಯ್ಕೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿರುತ್ತಾರೆ.

ಪ್ರಸಕ್ತ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯ ಫಲಿತಗಳು ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಎದುರಿಸಲು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಮರಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು 2014-16ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ರೂ. 2000 ಗಳ ಹಣಕಾಸು ಯೋಜನೆಗಳ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ, ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ, ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ತಾಯಿ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಯಿತು.

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯ ಸರಾಸರಿ ಖರ್ಚು ರೂ 8441 ಆಗಿದ್ದು, ಇದು ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಪಡೆದ ಪ್ರಯೋಜನಗಳಿಗಿಂತ 4.2 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಈ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ. ಕೇವಲ 44% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಎರಡೂ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ನಮ್ಮ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ, 86

ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚ ರೂ 0 ಆಗಿತ್ತು. ಮತ್ತು ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚ 4 ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ರೂ 0 ಆಗಿತ್ತು. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಇವು ನೇರ ವೆಚ್ಚಗಳು ಮಾತ್ರ. ಇದಲ್ಲದೆ, ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಪರೋಕ್ಷ ವೆಚ್ಚಗಳೂ ಸಹ ಇವೆ ಮತ್ತು ಆಕೆಯ ಸಹಾಯಕರು ಹಾಗೂ ಬೆಂಗಾವಲಿನ ಕೆಲವು ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು ಆಕೆಯ ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ವೇತನವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು, ಇದು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳ ಮೇಲೆ ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಬಹುದು.

ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ವರದಿಗಳು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ವರದಿಯಾದ ಆಸ್ವತ್ತೆಯ ಜನನಗಳಿಗೆ ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆಯ ಕುರಿತಾದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳುತ್ತದೆ, ಏಕೆಂದರೆ ಈ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ ಹಣವನ್ನು ಅವರು ನೆನಪಿಸಿಕೊಂಡು ಹೇಳುವ ವಿಧಾನದ ಮೂಲಕ ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಅದು ಸಂಭವಿಸದ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವ ಅಥವಾ ಅವುಗಳನ್ನು ವಿರೂಪಗೊಳಿಸುವ ಪೂರ್ವಾಗ್ರಹಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಮಾತೃತ್ವ ಪ್ರಯೋಜನ ಯೋಜನೆ, ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಸರಿದೂಗಿಸಲು ಸಹಾಯ ನೀಡುತ್ತಿದೆ ಮತ್ತು ಅಧ್ಯಯನದ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನಿಗದಿಗೊಳಿಸಲಾದಂತೆ ರೂ 2000 ವನ್ನು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಪ್ರಸ್ತುತ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಗಳೆರಡೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ನ ಹೆರಿಗೆಗೆ ನೀಡುವ ಪ್ರಧಾನ ಮಂತ್ರಿ ಮಾತೃ ವಂದನಾ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕದ ಮಾತೃಶ್ರೀ ಯೋಜನೆ ಮೂಲಕ ರೂ. 12,000 ಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ.

5.2 ಫಲಿತಾಂಶಗಳು

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಮುಖ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿವೆ.

- ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ತಾಯಂದಿರ ಮಾದರಿ ಆಯ್ಕೆಯಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರದ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವನ್ನು ನಿರ್ಣಯಿಸುವುದು. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ವಿವಿಧ ವಯೋಮಾನ, ಶಿಕ್ಷಣ, ಉದ್ಯೋಗ, ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಭೌಗೋಳಿಕ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ 62.49% ಮಹಿಳೆಯರು ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದಿದ್ದರು.
- ಪ್ರದೇಶಗಳಾದ್ಯಂತ ಉದ್ದೇಶಿತ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯುವುದು.
 - ❖ 83% (1451) ಮಹಿಳೆಯರು ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಅರ್ಹರಾಗಿದ್ದರು
 - ❖ 38.33% (669) ಮಹಿಳೆಯರು ಜೆಎಸ್‌ವೈ ಮತ್ತು ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಎರಡನ್ನೂ ಪಡೆದರು
 - ❖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ 36.38% (635) ಮಹಿಳೆಯರು ಜೆಎಸ್‌ವೈ ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ಪಡೆದರು.
 - ❖ 43.49% (759) ಬಿಪಿಎಲ್ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಜೆಎಸ್‌ವೈ ಮತ್ತು ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ಪಡೆದರು.
 - ❖ 43.73% (763) ಮಹಿಳೆಯರು ಮಡಿಲು ಮತ್ತು ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಪಡೆದರು.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

- ❖ ಜಿಎಸ್‌ವೈ, ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ, ಜಿಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ ಮತ್ತು ಮಡಿಲು ಕಿಟ್‌ನಂತಹ ಎಲ್ಲಾ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಕೇವಲ 28.9% (505) ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ್ದಾರೆ
- ❖ 58.4% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆದಿರುವ ಕಾರಣ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷ ಯೋಜನೆಯ ನಗದು ಸಹಾಯವನ್ನು ಪಡೆದರು.
- ❖ 37.46% ಮಹಿಳೆಯರು ಜಿಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಪಡೆದರು.
- ❖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಸವಿಸಿದ ಅರ್ಹ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ 57.3% ಜನರು ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪಡೆದರು.
- ❖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಸವಿಸಿದ 73.3% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಮಡಿಲು ಕಿಟ್‌ಗಳನ್ನು ಪಡೆದರು.
- ❖ ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ 9.78% ರಷ್ಟು ಜನರು ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಪ್ಲಸ್ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದರು.

- ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಪ್ರತಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ತಗುಲಿದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು

ವೆಚ್ಚ ಗಳು	ಸರ್ಕಾರಿ	ಖಾಸಗಿ	ಒಟ್ಟು
ಎಎನ್‌ಸಿ	6021	10046	6708
ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚು	8442	17824	10043
ಪಿಎನ್‌ಸಿ ಖರ್ಚು	622	1432	763
ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ	3911	6892	4420
ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ಖರ್ಚು	14664	38037	18654

- ❖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟಾರೆ ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ರೂ 14664 ಆಗಿದೆ
- ❖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಬಳಸಿದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಆಗಿರುವ ಎಎನ್‌ಸಿ ವೆಚ್ಚ ರೂ 6021 ಆಗಿದೆ.
- ❖ ಹೆರಿಗೆಯ ವಿಧವನ್ನು ಲೆಕ್ಕಿಸದೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾಗುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸರಾಸರಿ ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ರೂ 8442 ಆಗಿದೆ.

ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರ

- ❖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಯ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚ ರೂ 6003 ಆಗಿದ್ದು, ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ರೂ 13,035 ಗಳಾಗಿದೆ,
- ❖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚ ರೂ 12,478 ಆಗಿದ್ದು, ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಸುಮಾರು 22435 ರೂ ಗಳಾಗಿದೆ. ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಯಾವಾಗಲೂ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಯ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ವೆಚ್ಚವಾಗುತ್ತದೆ.

ದುರಂತ / ವಿಕೋಪದ ವೆಚ್ಚಗಳು

- ❖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ 61% ಜನರು ಅಸಾಧಾರಣ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು.
- ❖ ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಇದರ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆ (44%) ಇತ್ತು.

- ❖ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು 78% ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿತ್ತು
- ❖ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಪ್ರಾತಿನಿಧ್ಯಗಳು (ಜಿಲ್ಲೆಗಳು), ಜಾತಿ, ಧರ್ಮ, ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರ, ಜನನ ಕ್ರಮ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರಿ ಅಥವಾ ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳೊಳಗೆ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡುವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಪ್ರಕಾರದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ.
- ಯೋಜನೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ನಗದು ಮತ್ತು ಇತರ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕಗಳ ಕ್ರಮಬದ್ಧತೆ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿತರಣೆ.
 - ❖ 1/5 ಆಶಾ / ಎಎನ್‌ಎಂ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ನಗದು ಸವಲತ್ತುಗಳನ್ನು ಸೂಕ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿತರಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಇನ್ಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಹಣದ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ, ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಹಣವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಆಶಾ ಮತ್ತು ಎಎನ್‌ಎಂಗಳು, ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಅಸಮರ್ಥತೆಯಿಂದಾಗಿ ಹಣವನ್ನು ತಲುಪಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ವಿಳಂಬಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ
 - ❖ ಕನಿಷ್ಠ 500 / - ರೂ ಇರುವ ಖಾತೆಯನ್ನು ತೆರೆಯುವಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆಗಳು ಹೆಚ್ಚು.
 - ❖ ಪ್ರಯಾಣದ ಕಷ್ಟದಿಂದಾಗಿ ದೂರದ ಮತ್ತು ಅನನುಕೂಲಕರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಜನರನ್ನು ತಲುಪುವುದು ಕಷ್ಟ ಎಂದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಭಾವಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅವರನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಹೀಗಾಗಿ ಅವರನ್ನು ತಲುಪಲು ಪದೇ ಪದೇ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ನಡೆಯುತ್ತವೆ.
 - ❖ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಎನ್‌ಎಚ್‌ಎಂ ಅನುದಾನಿತ ಬಜೆಟ್‌ಗಳು ಜೆಎಸ್‌ವೈ ಅನ್ನು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ವಿತರಿಸುತ್ತದೆ ಆದರೆ ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ರಾಜ್ಯ ಖಜಾನೆಯ ಮೂಲಕ ವಿತರಿಸುವ ಬಜೆಟ್ ಲಭ್ಯತೆಯ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ.
- ವಿವಿಧ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮರ್ಪಕತೆಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವುದು.
 - ❖ ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಒದಗಿಸುವ ಹಣಕಾಸಿನ ನೆರವು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿಲ್ಲ ಎಂದು 91.37% ಜನರು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.
 - ❖ 0.58% ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡಿಲ್ಲ.
 - ❖ ಯೋಜನೆಗಳ ಲಾಭವು ಸಾಕಾಗುವಷ್ಟಿದೆ ಎಂದು ಸುಮಾರು 8.06% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.
 - ❖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸರಾಸರಿ ಮಾಸಿಕ ಆದಾಯ ಸುಮಾರು 11,877 ರೂ ಗಳಾಗಿದೆ. ಜೆಎಸ್‌ವೈ, ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ, ಮಡಿಲು ಕಿಟ್‌ನಂತಹ ವಿವಿಧ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರು ಪಡೆಯುವ ನಗದು ಪ್ರಯೋಜನಗಳು (700 + 1300 + 1675 =) ರೂ 3675 ವರೆಗೆ ಇರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಇದು ಕುಟುಂಬದ ಮಾಸಿಕ ಆದಾಯದ ಸುಮಾರು 31% ನಷ್ಟಿದೆ.
- ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕುಟುಂಬವು ಪೂರೈಸುವ ಮೂಲಗಳ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ.
 - ❖ 5 ರಿಂದ 10% ಬಡ್ಡಿದರದಲ್ಲಿ ಸಾಲಗಾರರಿಂದ ಹಣವನ್ನು ಸಾಲ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ.
 - ❖ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಡ್ಡಿಯ ಜೊತೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಸಾಲವನ್ನು ಮರುಪಾವತಿಸಲು 1ರಿಂದ 2 ವರ್ಷಗಳು ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ
 - ❖ ಉಳಿತಾಯ, ಸಂಬಂಧಿಕರು ಹಾಗೂ ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ,

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

- ❖ ಸ್ವಸಹಾಯ ಸಂಘ / ಸಂಘಗಳಿಂದ ಸಾಲ
- ❖ ಚಿನ್ನದ ಸಾಲ, ಭೂಮಿ ಅಥವಾ ಇತರ ಆಸ್ತಿಗಳನ್ನು ಅಡಮಾನ ಇಡುವುದರ ಮೂಲಕ
- ಒಬ್ಬ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚದ ಘಟಕವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲು.
- ❖ ಸಾರಿಗೆ ಪ್ರಕಾರವನ್ನು ಲೆಕ್ಕಿಸದೆ ಒಟ್ಟಾರೆ ಹೆರಿಗೆ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆಗುವ ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ರೂ 3911 ಆಗಿದೆ, ಇದು ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ 25% ಆಗಿತ್ತು.

1 ನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಸಾರಿಗೆ ಸರಾಸರಿ	634
2 ನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಸಾರಿಗೆಯ ಸರಾಸರಿ	885
3 ನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಸಾರಿಗೆಯ ಸರಾಸರಿ	1157
ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆಯ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚ	1246
ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರ ಸರಾಸರಿ	622
ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಸರಾಸರಿ	3911

5.3 ಪರಿಣಾಮ

ಜಿಎಸ್‌ವೈ, ಜಿಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ, ಮಡಿಲು ಮತ್ತು ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಮುಂತಾದ ಯೋಜನೆಗಳು ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದರೊಂದಿಗೆ, ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳವೂ ಉಂಟಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಿದೆ. ಇದರೊಂದಿಗೆ ವಿವಿಧ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಗೆ ವಿವಿಧ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳುವ ಮೂಲಕ ನವಜಾತ ಶಿಶು ಮತ್ತು ತಾಯಿಯ ಆರೈಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಅವರನ್ನು ಸಜ್ಜುಗೊಳಿಸಿದೆ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಮತ್ತು ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣದ ಇಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಇದೂ ಗಣನೀಯ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸಿದೆ. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಶಿಶು ಮರಣ ಮತ್ತು ತಾಯಿಯ ಮರಣದ ಕುಸಿತವು ಆಶಾ ಗಳು ಮತ್ತು ಎಎನ್‌ಎಂ ಗಳ ಮೂಲಕ ನಿರಂತರ ಸಮುದಾಯ ಆಧಾರಿತ ಅನುಸರಣೆಯಿಂದಾಗಿದೆ. ಇದು ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆಹಚ್ಚಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಸೂಕ್ತ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ರೆಫರಲ್ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಸುಧಾರಿತ ಜೀವನ ಮಾನದಂಡಗಳಂತಹ ಅಂಶಗಳು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಪರಿಸರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತವೆ. ನಿಗದಿತ ವರ್ಷದೊಳಗೆ ಕರ್ನಾಟಕ ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸಬೇಕಾದರೆ, ಸಮುದಾಯ ಆಧಾರಿತ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಉತ್ತಮವಾಗಿ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದಿದ / ಸಂಘಟಿತ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚು ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆಗಳು ಬೇಕಾಗಿದೆ. ಮೊದಲ ಹಂತದಲ್ಲಿ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಮತ್ತು ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯನ್ನು ಪತ್ತೆಹಚ್ಚುವಿಕೆಯು ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಮರಣವನ್ನು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಮಟ್ಟದಿಂದ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ರೋಗ ಪತ್ತೆಹಚ್ಚುವಿಕೆ ಸೌಲಭ್ಯದ ಲಭ್ಯತೆಯು ವಿವಿಧ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕರಣಗಳ ಸೂಕ್ತ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ - 6 ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು

ಅಧ್ಯಯನದ ಪುರಾವೆ ಆಧಾರಿತ ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿವೆ

1. ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚ (ಟಿಎಂಇ) ಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಹೆರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚಗಳು 2 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಇದೆ ಎಂದು ಸಂಬಂಧಿತ ವೆಚ್ಚಗಳು ಸೂಚಿಸುತ್ತವೆ. ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ 1/4ರಷ್ಟಿದೆ. ಸರಾಸರಿ ಟಿಎಂಇಯು ಸರಾಸರಿ ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ(ಎಎನ್‌ಸಿ) ವೆಚ್ಚಕ್ಕಿಂತ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. 3 ಕಿ.ಮೀ. ಗೆ ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ 5 ರೂಪಾಯಿ, ಮತ್ತು 10-15 ಕಿಲೋಮೀಟರ್ ದೂರಕ್ಕೆ ಕೆಎಸ್‌ಆರ್‌ಟಿಸಿಯಲ್ಲಿ 15 ರೂಪಾಯಿ ಖರ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯೊಂದಿಗೆ ಬರುವ ವ್ಯಕ್ತಿ ಸೇರಿದಂತೆ ಪ್ರಯಾಣಕ್ಕಾಗಿ ಸರಾಸರಿ 20 ರಿಂದ 60 ರೂಗಳಾಗುತ್ತವೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಉಪಹಾರ ಮತ್ತು ಆಹಾರಕ್ಕೆ ರೂಪಾಯಿ 40 ರೂ ವೆಚ್ಚವಾಗುತ್ತದೆ. ಖಾಸಗಿ ಸಾರಿಗೆ ಸಾಧನಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದರೆ 10 ಕಿ.ಮೀ ದೂರಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಸರಾಸರಿ 200 ರೂಗಳಾಗುತ್ತದೆ.

ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು: ನಾವು ಹಣದುಬ್ಬರಕ್ಕೆ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಸರಿಹೊಂದಿಸಿದರೆ ಅದು ಅಂದಾಜು ವೆಚ್ಚಕ್ಕಿಂತ 3 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿ ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ(ಎಎನ್‌ಸಿ) ಭೇಟಿಗೆ ಪ್ರಯಾಣ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಕನಿಷ್ಠ ನೂರು ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ನೀಡಬೇಕು.

2. ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿಗಳು (ಎಸ್‌ಡಿಜಿಎಸ್) 3 ರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ 13 ಗುರಿಗಳನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದೆ ಮತ್ತು ಸಾಧಿಸಿದ ಪ್ರಗತಿ ಮತ್ತು ಗುರಿಗಳ ಮಾಪನಕ್ಕಾಗಿ 26 ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದೆ. ಡಬ್ಲ್ಯುಎಚ್‌ಒ ಮತ್ತು ವಿಶ್ವಬ್ಯಾಂಕ್ ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ಎಸ್‌ಡಿಜಿಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಒಪ್ಪಿದ ಆರೋಗ್ಯ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ತಮ್ಮ ಜಿಡಿಪಿಯ ಕನಿಷ್ಠ 1% ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಹೇಳುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕ್ಷೇಮ ಕೇಂದ್ರಗಳು(ಎಚ್‌ಡಬ್ಲ್ಯುಸಿ) ನಿಗದಿತ ಗುರಿ 2452 ಇದ್ದು ಅದರಲ್ಲಿ 1520 ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ಎಚ್‌ಡಬ್ಲ್ಯುಸಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ವಿಸ್ತೃತ ಶ್ರೇಣಿಯ ಸೇವೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ನಾಲ್ಕು ಸೇವೆಗಳು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ತಾಯಿ, ನವಜಾತ ಶಿಶು ಮತ್ತು ಹದಿಹರೆಯದವರ ಆರೋಗ್ಯ (ಆರ್‌ಎಂಎನ್‌ಸಿಎ)ಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿವೆ. ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯ ಹೊರೆ ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು ದ್ವಿತೀಯ / ತೃತೀಯ ಆರೈಕೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿನ ಹೆರಿಗೆಯ ಹೊರೆ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ. 24 X 7 ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸದ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಹೆರಿಗೆ ಅಥವಾ ಹೆರಿಗೆಯು ಅಪರೂಪದ ಘಟನೆಯಾಗಿದೆ. ನಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ, 55.55% ರಷ್ಟು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು (ಪಿಎಚ್‌ಸಿ) 24X7 ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ ಮತ್ತು ಕೇವಲ 35% ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸಿವೆ. ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯಲ್ಲಿನ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿವೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳಲ್ಲಿ 24 X 7 ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ 46% ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳಿವೆ. 2016-17ರ ಆರ್ಥಿಕ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ, ಕರ್ನಾಟಕದ ಪಿಎಚ್‌ಸಿ 1,38,113 ಜೀವಂತ ಜನನಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ, ಇದು ಎಚ್‌ಎಂಐಎಸ್ ವರದಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 15.12% ಆಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು: ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಿಪ್ರಕರವಲ್ಲದ ಹೆರಿಗೆಯ ಹೊರೆ ಹೆಚ್ಚಿಸಿ ಇದರಿಂದ ಅವರು ಕ್ಷಿಪ್ರಕರ ಹೆರಿಗೆಗಳ ಹೊರೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಆರೈಕೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನವನ್ನು ನೀಡಬಹುದು. ಅಗತ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಸಾಧ್ಯತೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳನ್ನು 24X7 ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಾಗಿ ಉನ್ನತೀಕರಿಸಲು ಸರ್ಕಾರ ಸೂಕ್ತ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು

3. ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯ ಹೊರೆಯು 13% ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಮತ್ತು ಒಟ್ಟಾರೆ 11% ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆಗಳಾಗಿವೆ. ಬೆಂಗಳೂರು, ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು ಮತ್ತು ಹಾವೇರಿಯ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಮಾಡಲಾಗಿಲ್ಲ. ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ -2018 ರ ಪ್ರಕಾರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 37% ಅಂದರೆ ಸುಮಾರು 120 ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳ ಕೊರತೆಯಿದೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಕೂಡಿದ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಪಾಯದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ / ಹೆರಿಗೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ 230 ಮೊದಲ ರೆಫರಲ್ ಘಟಕಗಳಿವೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕೇವಲ 40 ಅಂದರೆ 17.39% ಮಾತ್ರ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳಲ್ಲಿ ತಜ್ಞರ ಕೊರತೆಯೂ ಇದೆ. ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ 2015 ರ ಪ್ರಕಾರ 39% ತಜ್ಞರ ಹುದ್ದೆಗಳು ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಖಾಲಿ ಇವೆ. ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದರಿಂದ ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ತೃತೀಯ ಆರೈಕೆ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಹೊರೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ (ಎಸ್‌ಡಿಹೆಚ್) 30% ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು 31% ಸಿಸೇರಿಯನ್ ನಡೆದಿವೆ. ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು (ಡಿಹೆಚ್) 24% ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು 50% ಸಿಸೇರಿಯನ್‌ಗಳು ನಡೆದಿವೆ. ಅರೆವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಕೊರತೆಯು ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ 29% ಮತ್ತು ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ 32% ನಷ್ಟಿದೆ. ಇದಲ್ಲದೆ, ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ನೇಮಕಾತಿಯಲ್ಲಿ 36% ಮತ್ತು ಉಪ ವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ನೇಮಕದಲ್ಲಿ 31% ಕೊರತೆಯಿದೆ.

ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು: ತುರ್ತು ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಸಂಕೀರ್ಣ ಹೆರಿಗೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುವ ಮೊದಲ ರೆಫರಲ್ ಘಟಕಗಳಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿಸುವ ಮೂಲಕ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯಲ್ಲಿ ಸೇವಾ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಬೇಕು. ಉಲ್ಲೇಖಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಮತ್ತು ಉಪ ವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವನ್ನು ನಿಯೋಜಿಸುವುದು.

4. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ 71.13% ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದರು. ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ 2 ಸ್ಕ್ಯಾನ್‌ಗಳಿಗೆ ಸಾಪೇಕ್ಷ ಬೆಲೆ ಸರಾಸರಿ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ 1/8 ಖರ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ವಿಕಿರಣಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರ ತೀವ್ರ ಕೊರತೆ ಇದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ, ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿಯೇ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಉದ್ದವಾದ ಸಾಲುಗಳಿವೆ ಮತ್ತು ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಲು ಒಂದು ದಿನ ಅಥವಾ ಒಂದು ದಿನಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು: ವಿಕಿರಣಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಉಪವಿಭಾಗ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಮುಂದುವರಿಸಲು ವಿಕಿರಣಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರನ್ನು ನೇಮಿಸಲು / ನೇಮಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಮೊಬೈಲ್ ಅಲ್ಟ್ರಾ-ಸೋನೋಗ್ರಾಫಿಕ್ ವಾಹನಗಳನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸಲು ಸಹ ಪರಿಗಣಿಸುವುದು, ಇದು ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಲು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗೆ ವಾರಕ್ಕೊಮ್ಮೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಲಿದೆ. ಪರ್ಯಾಯವಾಗಿ, ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವಿಕಿರಣಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರ ಪ್ರತಿ ವಾರ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳಿಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಬಹುದು.

5. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಪ್ರಮುಖ ಅಡಚಣೆಯೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯ ಮೇಲೆ ವ್ಯತಿರಿಕ್ತ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ. ನಮ್ಮ ಆವಿಷ್ಕಾರಗಳು, 100 ರಲ್ಲಿ 10 ಮಂದಿ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಕೊಡುಗೆ / ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತೇವೆ ಎಂದು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಕುಂದುಕೊರತೆ ಪರಿಹಾರ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಕುರಿತು ಯಾವುದೇ ಪುರಾವೆಗಳಿಲ್ಲ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಳಕೆದಾರರ ದೂರುಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸುವ ಮಾರ್ಗಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಕರ್ನಾಟಕದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಓಂಬುಡ್ಸನ್ (ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ) ನೇಮಕವನ್ನು ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಓಂಬುಡ್ಸನ್ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಂಘರ್ಷ ಪರಿಹಾರ ಮತ್ತು ಕುಂದುಕೊರತೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಬದಲಾವಣೆಗಳ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು: ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಓಂಬುಡ್ಸನ್ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ನಿಯೋಜಿಸಲಾಗಿದೆ. ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕುಂದು ಕೊರತೆ ವಿಭಾಗಗಳನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಮತ್ತು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆಗೆ ಉಪ-ಲೋಕಾಯುಕ್ತರನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡಲು ಸೂಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

6. ಸರಾಸರಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳು ಒಟ್ಟಾರೆ ಸರಾಸರಿ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚದ 26.67% ರಷ್ಟಿದೆ, ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳು ಒಟ್ಟು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚದ 40% ರಷ್ಟಿದೆ. ಕೇವಲ 20% ಜನರು ಸರ್ಕಾರಿ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಅನ್ನು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸಾರಿಗೆ ಸಾಧನವಾಗಿ ಬಳಸಿದ್ದಾರೆ. ಸರ್ಕಾರದ ಮಾಹಿತಿಯ ಪ್ರಕಾರ, ನಮ್ಮ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಪ್ರಕಾರ 40% ಮಹಿಳೆಯರು 108 ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಬಳಸುತ್ತಾರೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ, ಒಂದು ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ 92,000 ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದೆ. ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಇರುವ ಸ್ಥಳವು ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಅಥವಾ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿದೆ, ಇದು ಟಿಎಚ್‌ನಲ್ಲಿ 2.5 ಲಕ್ಷ ಅಥವಾ ಸಿಎಚ್‌ಸಿಯಲ್ಲಿ 1.5 ಲಕ್ಷ ಸರಾಸರಿ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿನ ಸುಧಾರಣೆಯು ತಾಯಿಯ ಆರೈಕೆ, ವಿವಿಧ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ತಲುಪುವಿಕೆಗೆ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ತಗಲುವ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚಿನ ಸರಾಸರಿ 1/10 ರಷ್ಟನ್ನು ರೆಫರೆಲ್ ಸಾರಿಗೆಗೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇತರ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಜೆಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಹೊಂದಿದೆ ಮತ್ತು ಚೆತ್ತೀಸ್‌ಗಡ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶದಂತಹ ರಾಜ್ಯಗಳು ಮಹತಾರಿ ಎಕ್ಸ್‌ಪ್ರೆಸ್ ಮತ್ತು ಜಾನಿ ಎಕ್ಸ್‌ಪ್ರೆಸ್ ಅನ್ನು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ತಾಯಿಯ ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಹೊಂದಿವೆ. ನಗು ಮಗು ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್‌ಗಳು ಕಡಿಮೆ ಇವೆ ಮತ್ತು ಕೆಲವರು ಮಾತ್ರ ಅದನ್ನು ಬಳಸುತ್ತಾರೆ.

ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು: ಹೆರಿಗೆ ಆರೈಕೆ ಸಾರಿಗೆಗಾಗಿ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದು. ಏಕೆಂದರೆ ಇದು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಸರಿದೂಗಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಜೆಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಇತರ ರಾಜ್ಯಗಳು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ.

7. ಸೂಕ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿತರಣೆ ಹಾಗೂ ದಾಖಲೆ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ಯೋಜನೆಗಳ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವುದರಿಂದ ದೂರವಿರುತ್ತದೆ. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಯೋಜನೆಗೆ ಅರ್ಹರಾಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ದಸ್ತಾವೇಜನ್ನು ನೀಡುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಪ್ರಮುಖ ಸಮಸ್ಯೆಯೆಂದು ತೋರುತ್ತದೆ, ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವವರಿಗೆ ಹೊಸ ಕಾರ್ಡ್ ಪಡೆಯಲು ಯಾವಾಗಲೂ ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ,

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಆದ್ದರಿಂದ ದಸ್ತಾವೇಜನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾದ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಸಡಲಿಸುವುದು ಅರ್ಹರಿಗೆ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯವಿರುವವರಿಗೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಉತ್ತಮವಾಗಿ ತಲುಪಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಮಾತೃತ್ವ ಪ್ರಯೋಜನ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು 14.2% ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕಾರ್ಡ್ ಇರಲಿಲ್ಲ. ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸದ ಕಾರಣ ದಸ್ತಾವೇಜನ್ನು ಸಮಸ್ಯೆ ಎಂದು 36.13% ಜನರು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. 22.17% ಜನರು ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸದೇ ಇರುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ಇಲಾಖೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳೆಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. 35.76% ಜನರು ಯೋಜನೆಗಳ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಪಡೆಯದ ಕಾರಣ ದಸ್ತಾವೇಜು / ವಿಭಾಗೀಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಸೇರಿ ಒಟ್ಟಾರೆ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು: ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್ ನೀಡುವ ಮೊದಲು ದಾಖಲೆಗಳ ಸಂಗ್ರಹವನ್ನು ಕ್ರಮಬದ್ಧಗೊಳಿಸುವ ಮೂಲಕ ದಸ್ತಾವೇಜನ್ನು ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಸುಗಮಗೊಳಿಸುವುದು. ಜನಧನ್ ಆಧಾರ್ ಮತ್ತು ಮೊಬೈಲ್ (ಜಾಮ್) ಕಾರ್ಯತಂತ್ರದ ಮೂಲಕ ಮೊದಲ ತ್ರೈಮಾಸಿಕದಲ್ಲಿ ದಸ್ತಾವೇಜನ್ನು ಸುಗಮಗೊಳಿಸಲು ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಮಾತೃತ್ವ ಲಾಭಕ್ಕಾಗಿ ಒಟ್ಟಾರೆ ಜಿಎಂ ತಂತ್ರವನ್ನು ಬಳಸಿ ಡಿಬಿಟಿ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಬೇಕಾಗಿದೆ.

8. ಬಜೆಟ್ ಹಂಚಿಕೆ ಅಥವಾ ವಿತರಣೆಯನ್ನು ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ರಾಜ್ಯದ-ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹಿನ್ನಡೆ ಪಡೆಯುತ್ತವೆ. ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಮ್ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಉದ್ದೇಶಿತ ಯೋಜನೆಗೆ ಬಜೆಟ್ ಹಂಚಿಕೆಯನ್ನು ರಾಜ್ಯ-ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಅನುಸರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಇದು ಯೋಜನೆ ಹಂಚಿಕೆ ಮತ್ತು ನಿಧಿಗಳ ವಿತರಣೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತದೆ.

ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು: ರಾಜ್ಯ ಪ್ರಾಯೋಜಿತ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಯೋಜನೆ, ಅನುದಾನ ಮತ್ತು ಅನುದಾನಗಳ ವಿತರಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾದ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಸುವ್ಯವಸ್ಥಿತಗೊಳಿಸುವುದು. ಸೂಕ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿತರಣೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಜನಧನ್, ಆಧಾರ್ ಮತ್ತು ಮೊಬೈಲ್ ತಂತ್ರವನ್ನು ಬಳಸಬೇಕಾಗಿದೆ.

9. ಸುಮಾರು 37% ಜನರಿಗೆ ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವಿಲ್ಲದ ಕಾರಣ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ, ಆದರೆ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಪೂರೈಸಬೇಕಾದ ದಸ್ತಾವೇಜುಗಳ ಮಾನದಂಡವನ್ನು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ನಿರ್ದೇಶಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ. ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಬಹುಪಾಲು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಮಾಹಿತಿಯ ಮೂಲವಾಗಿರುವುದರಿಂದ, ಇದನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಅವರು ಹೆಚ್ಚು ಸೂಕ್ತ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿರುತ್ತಾಳೆ.

ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು: ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್ ಅನ್ನು ಮಾಹಿತಿ ಮೂಲವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರುಗಳ ಮೂಲಕ ಅರ್ಹ ತಾಯಂದಿರಲ್ಲಿ ಯೋಜನೆ ಸಂಬಂಧಿತ ಅರಿವು ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಇತರ ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು

- ಎಎನ್‌ಸಿಗಳನ್ನು ಒಂದೇ ದಿನದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲೆಡೆ ನಡೆಸಬಾರದು, ಇದರಿಂದಾಗಿ ಪ್ರಸೂತಿ ತಜ್ಞರು, ರೇಡಿಯಾಲಜಿಸ್ಟ್ ಮುಂತಾದವರು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳ ನಡುವೆ ಓಡಾಡುತ್ತಾ ಇರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಗ್ರಂಥಸೂಚಿ

1. Aregbeshola BS, Khan SM. (2010) Out-of-pocket payments, catastrophic health expenditure and poverty among households in Nigeria. *International Journal of Health Policy and Management*. 7(9), 798–806.
2. Baird, K. (2016). High Out-of-Pocket Medical Spending among the Poor and Elderly in Nine Developed Countries. *Health services research*, 51(4), 1467-1488.
3. Callander, E. J., Fox, H., & Lindsay, D. (2019). Out-of-pocket healthcare expenditure in Australia: trends, inequalities and the impact on household living standards in a high-income country with a universal health care system. *Health economics review*, 9(1), 10.
4. Da Silva, M. T., Barros, A. J., Bertoldi, A. D., de Andrade Jacinto, P., Matijasevich, A., Santos, I. S., & Tejada, C. A. O. (2015). Determinants of out-of-pocket health expenditure on children: an analysis of the 2004 Pelotas Birth Cohort. *International journal for equity in health*, 14(1), 53.
5. Dwibedi, N., Findley, P. A., Wiener, C. R., Shen, C., & Sambamoorthi, U. (2018). Alzheimer Disease and Related Disorders and Out-of-Pocket Health Care Spending and Burden Among Elderly Medicare Beneficiaries. *Medical care*, 56(3), 240-246.
6. Goldman, A. L., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., Bor, D. H., & McCormick, D. (2018). Out-of-pocket spending and premium contributions after implementation of the affordable care act. *JAMA internal medicine*, 178(3), 347-355.
7. Goli, S., & Rammohan, A. (2018). Out-of-pocket expenditure on maternity care for hospital births in Uttar Pradesh, India. *Health economics review*, 8(1), 5.
8. Gotsadze, Tamar & Zanetti, Chiara & Makharashvili, Maia. (2011). Formative Evaluation of Improvement of Mother and Child Health Services in Uzbekistan 2011.
9. Govil, D., Purohit, N., Gupta, S. D., & Mohanty, S. K. (2016). Out-of-pocket expenditure on prenatal and natal care post Janani Suraksha Yojana: a case from Rajasthan, India. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 35(1), 15.
10. Grassroots Research And Advocacy Movement (2015) Study of the performance of

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

11. 24 X 7 PHCs in the 'C' Category districts of Karnataka, Karnataka State Health Systems Resource Centre
12. Dept of Health and Family Welfare, Government of Karnataka.
13. Jayakrishnan, T., Jeeja, M. C., Kuniyil, V., & Paramasivam, S. (2016). Increasing out-of-pocket health care expenditure in India-due to supply or demand. *Pharmacoeconomics*, 1(105), 1-6.
14. Kerketta, S. (2015). Out of pocket expenditure on utilization of ante-natal and delivery care services in India: analysis based on NSSO 60th round. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*, 4(6), 1704-9.
15. Manzi, F., Schellenberg, J. A., Adam, T., Mshinda, H., Victora, C. G., & Bryce, J. (2005). Out-of-pocket payments for under-five health care in rural southern Tanzania. *Health policy and planning*, 20(suppl_1), i85-i93.
16. Mishra, S., & Mohanty, S. K. (2019). Out-of-pocket expenditure and distress financing on institutional delivery in India. *International journal for equity in health*, 18(1), 99.
17. Mohanty, S. K., & Kastor, A. (2017). Out-of-pocket expenditure and catastrophic health spending on maternal care in public and private health centres in India: a comparative study of pre and post national health mission period. *Health economics review*, 7(1), 31.
18. Mohanty, S. K., Chauhan, R. K., Mazumdar, S., & Srivastava, A. (2014). Out-of-pocket expenditure on health care among elderly and non-elderly households in India. *Social indicators research*, 115(3), 1137-1157.
19. Mohanty, S. K., Panda, B. K., Khan, P. K., & Behera, P. (2019). Out-of-pocket expenditure and correlates of caesarean births in public and private health centres in India. *Social Science & Medicine*, 224, 45-57.
20. Nagendra, K., Belur, M., Nandini, C., & Krishna, A. (2016). Catastrophic household expenditure on health in an urban slum: a cross-sectional survey. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 4(1), 81-83.

21. Nagendra, K., Nandini, C., & Belur, M. (2016). A community-based study on prevalence of obesity among urban population of Shivamogga, Karnataka, India. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 4(1), 96-99.
22. National Health systems Resource Centre, Concept and process document for incentivisation of skilled professionals to work in inaccessible most difficult and difficult rural areas, available from <http://nhsrcindia.org/sites/default/files/Inaccessibility20Concept20Note.pdf>,
23. Okawa, S., Win, H. H., Leslie, H. H., Nanishi, K., Shibanuma, A., Aye, P. P., & Jimba, M. (2019). Quality gap in maternal and newborn healthcare: a cross-sectional study in Myanmar. *BMJ Global Health*, 4(2), e001078.
24. Prinja, S., Manchanda, N., Mohan, P., Gupta, G., Sethy, G., Sen, A., ... & Kumar, R. (2013). Cost of neonatal intensive care delivered through district level public hospitals in India. *Indian pediatrics*, 50(9), 839-846.
25. Sahoo, A. K., & Madheswaran, S. (2014). Socio-economic disparities in health care seeking behaviour, Health expenditure and its source of financing in Orissa: Evidence from NSSO 2004–05. *Journal of Health Management*, 16(3), 397-414.
26. Sahu, K. S., & Bharati, B. (2017). Out-of-Pocket health expenditure and sources of financing for delivery, postpartum, and neonatal health in urban slums of Bhubaneswar, Odisha, India. *Indian journal of public health*, 61(2), 67.
27. Shaikh, I., & Singh, S. (2016). A Study of Out-of-pocket Health Expenditures: A Case of South Asian Countries. *Journal of Health Management*, 18(4), 625-637.
28. Sharma, D., Prinja, S., Aggarwal, A. K., Bahuguna, P., Sharma, A., & Rana, S. K. (2017). Out-of-pocket expenditure for hospitalization in Haryana State of India: Extent, determinants & financial risk protection. *The Indian journal of medical research*, 146(6), 759.
29. Sharma, S., Verma, P. B., Viramgami, A. P., Vala, M. C., & Lodhiya, K. K. (2018). Analysis of out-of-pocket expenditure in utilization of maternity care services in urban slums of Rajkot City, Gujarat. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 43(3), 215.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

30. Shubha, D. B., Kaur, N., & Mahabalaraju, D. K. (2016). Health care seeking Behavior and out-of-pocket health expenditure for under-five illnesses in urban slums of Davangere, India.
31. Sidney, K., Salazar, M., Marrone, G., Diwan, V., DeCosta, A., & Lindholm, L. (2016). Out-of-pocket expenditures for childbirth in the context of the Janani Suraksha Yojana (JSY) cash transfer program to promote facility births: who pays and how much? Studies from Madhya Pradesh, India. *International journal for equity in health*, 15(1), 71.
32. Srivastava, A., Bhattacharyya, S., Clar, C., & Avan, B. I. (2014). Evolution of quality in maternal health in India: Lessons and priorities. *International Journal of Medicine and Public Health*, 4(1).
33. Tahsina, T., Ali, N. B., Hoque, D. E., Huda, T. M., Salam, S. S., Hasan, M. M., ... & El Arifeen, S. (2017). Out-of-pocket expenditure for seeking health care for sick children younger than 5 years of age in Bangladesh: findings from cross-sectional surveys, 2009 and 2012. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 36(1), 33.
34. Tellis, S. B., Rent, P. D., & Dmello, M. K. (2018). Utilization of antenatal care and out of pocket expenditure on delivery care in Dakshina Kannada. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 5(8), 3553-3558.
35. Tiwari, P., & Datta, A. Out of Pocket Expenditure on Health Care among the Households of Urban Area in Dakshina Kannada. *Age (Years)*, 15(30), 31-46.
36. Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smitz, M. F., Chepynoga, K., Buisman, L. R., ... & Eozenou, P. (2018). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *The Lancet Global Health*, 6(2), e169-e179.
37. Yadav, P., & Yadav, A. K. (2017). Out-of-Pocket Expenditure in Maternal Health Care in High-Focus States of India. *Demography India*, 46, 143-152.(No Title). (2008).
38. Avan, B., Srivastava, A., Bhattacharyya, S., & Clar, C. (2014). Evolution of quality in maternal health in India: Lessons and priorities. *International Journal of Medicine and Public Health*, 4(1), 33. <https://doi.org/10.4103/2230-8598.127120>

39. Daivadanam, M., Thankappan, K. R., Sarma, P. S., & Harikrishnan, S. (2012). Catastrophic health expenditure & coping strategies associated with acute coronary syndrome in Kerala, India. *Indian Journal of Medical Research*, 136(4), 585–592.
40. Dandona, R., Pandey, A., & Dandona, L. (2016). Examen des enquêtes nationales sur la santé en Inde. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(4), 286-296A. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.158493>
41. English, M., Lanata, C. F., Ngugi, I., & Smith, P. C. (2006). The District Hospital. In *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21250327>
42. Goli, S., Moradkhvaj, Rammohan, A., Shruti, & Pradhan, J. (2016). High Spending on Maternity Care in India: What Are the Factors Explaining It? *PLOS ONE*, 11(6), e0156437. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156437>
43. Goli, S., Rammohan, A., & Moradkhvaj. (2018). Out-of-pocket expenditure on maternity care for hospital births in Uttar Pradesh, India. *Health Economics Review*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s13561-018-0189-3>
44. Introduction - WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience - NCBI Bookshelf. (n.d.). Retrieved December 23, 2019, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK409110/>
45. LSHTM Research Online. (n.d.). Retrieved December 25, 2019, from <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/3308/>
46. Maternal mortality. (n.d.). Retrieved December 19, 2019, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
47. Morgan, L., Stanton, M. E., Higgs, E. S., Balster, R. L., Bellows, B. W., Brandes, N., ... Koblinsky, M. (2013). Financial Incentives and Maternal Health: Where Do We Go from Here? *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 31(4 Suppl 2), S8.
48. Otolorin, E., Gomez, P., Currie, S., Thapa, K., & Dao, B. (2015). Essential basic and emergency obstetric and newborn care: From education and training to service delivery

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ
ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

- and quality of care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 130(S2), S46–S53. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.007>
49. Peña-Rosas, J. P., De-Regil, L. M., Garcia-Casal, M. N., & Dowswell, T. (2015). Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 2015, pp. 1–527. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004736.pub5>
50. Piabuo, S. M., & Tieguhong, J. C. (2017). Health expenditure and economic growth - a review of the literature and an analysis between the economic community for central African states (CEMAC) and selected African countries. *Health Economics Review*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s13561-017-0159-1>
51. Reidpath, D. D., & Allotey, P. (2003). Infant mortality rate as an indicator of population health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(5), 344–346. <https://doi.org/10.1136/jech.57.5.344>
52. Rural Health Disparities Introduction - Rural Health Information Hub. (n.d.). Retrieved December 18, 2019, from <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/rural-health-disparities>
53. Sankar, M. J., Neogi, S. B., Sharma, J., Chauhan, M., Srivastava, R., Prabhakar, P. K., ... Paul, V. K. (2016). State of newborn health in India. Nature Publishing Group. <https://doi.org/10.1038/jp.2016.183>
54. Savedoff, W. D. (2007). What Should A Country Spend On Health Care? *Health Affairs*, 26(4), 962–970. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.962>
55. Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., ... Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6). [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
56. SDG INDIA INDEX. (n.d.). Retrieved from www.niti.gov.in
57. Soldin, O. P. (2006, February). Thyroid function testing in pregnancy and thyroid disease: Trimester-specific reference intervals. *Therapeutic Drug Monitoring*, Vol. 28, pp. 8–11. <https://doi.org/10.1097/01.ftd.0000194498.32398.7b>

58. WHO | Out-of-pocket payments, user fees and catastrophic expenditure. (n.d). Retrieved January 8, 2020, from https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/out-of-pocket-payments/en/

**ಅನುಬಂಧ
ಸಾಹಿತ್ಯ ವಿಮರ್ಶೆ**

ಆರಾಧನಾ ಅಗರ್‌ವಾಲ್ (2009) ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ, ಆರ್ಥಿಕ ರಕ್ಷಣೆಯ ಬಳಕೆಯ ತೀವ್ರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ, ಆರ್ಥಿಕ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಮೇಲೆ ಸಮುದಾಯ ಆಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಯಶಸ್ವಿನಿಯ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಭಾವದ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನಕ್ಕಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನವು ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯಿರುವ ಅಂಕ/ಸ್ಕೋರ್ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಬಳಸುತ್ತದೆ. ಅಧ್ಯಯನವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಕರ್ನಾಟಕದ ಯಾದ್ಯಚ್ಚಿ ಕವಾಗಿ ಆಯ್ದು 4109 ಮನೆಗಳನ್ನು ರಚನಾತ್ಮಕ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಂದರ್ಶಿಸಿದೆ. ಹೊರ-ರೋಗಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಕಾಯಿಲೆಗಳು, ರೋಗಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯಂತಹ ಐದು ವಿಭಿನ್ನ ವಿಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಬಳಕೆಯ ಕುರಿತ ಅಳತೆಯ ಸೂಚಕಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಿದೆ. ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಯಶಸ್ವಿನಿ ವಿಮೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಳಕೆಯ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಎತ್ತಿಹಿಡಿಯುತ್ತವೆ. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಳಕೆಯ ಬಳಕೆ ಮತ್ತು ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿದೆ, ಜೇಬಿನಿಂದ ಹೊರಗಿನ ಖರ್ಚನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿದೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸಿದೆ. ಸಮುದಾಯ ವಿಮೆ ಸಂಪನ್ಮೂಲ-ಕಳಪೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿಯೂ, ಬಲಪಡಿಸಿದ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಮೂಲಕ ಕಾರ್ಯಸಾಧ್ಯವಾದ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ ಎಂದು ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ತೋರಿಸಿದೆ.

ಶರಲ್ ಬಿ, (2018) ಅವರ ಅಧ್ಯಯನವು ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಬಳಕೆಯ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹೆರಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯ ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಪಾಕೆಟ್ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ನಿರ್ಣಯಿಸುವ ಗುರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹಕ್ಕಾಗಿ ಜನವರಿ-ಫೆಬ್ರವರಿ 2018 ರ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಂಗಳೂರಿನ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹೆರಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಅಡ್ಡ-ವಿಭಾಗದ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಡೆಸಲಾಯಿತು. ಮೊದಲ ಎಎನ್‌ಸಿ ಭೇಟಿಯ ಸಮಯ, ಕಬ್ಬಿಣ-ಫೋಲಿಕ್ ಆಸಿಡ್ (ಐಎಫ್‌ಎ) ಮಾತ್ರಗಳ ಬಳಕೆ, ಎಎನ್‌ಸಿಗೆ ಪೂರೈಕೆದಾರರ ಆಯ್ಕೆ ಮುಂತಾದ ಅಂಶಗಳು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರು ಮತ್ತು ಅವರ ಗಂಡಂದಿರ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣದೊಂದಿಗೆ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಸಂಬಂಧಿಸಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ. ಹೆರಿಗೆಯ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಪರೋಕ್ಷ ಖರ್ಚು ಸೇರಿದಂತೆ ಸರಾಸರಿ ಖರ್ಚು 2875ರೂ. ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿನ ಖರ್ಚು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಾದಾರರ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಸಂಬಂಧಿಸಿದೆ. ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣದಂತಹ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಎಎನ್‌ಸಿಯ ಬಳಕೆ ಮತ್ತು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಐಎಫ್‌ಎ ಸೇವನೆಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತವೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ. ಇದನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಸಂವಹನ ಅಭಿಯಾನಗಳು ಸಹಾಯ ಮಾಡಬಹುದು. ಸರ್ಕಾರಿ ಯೋಜನೆಗಳ ಉತ್ತಮ ಅನುಷ್ಠಾನವು ಹೆರಿಗೆಯ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ನೇರ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಪರೋಕ್ಷ ವೆಚ್ಚ ಇನ್ನೂ ಬಡ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಹೊರೆಯಾಗಿರಬಹುದು.

ಡಿ.ಬಿ ಶುಭಾ (2016) ಕರ್ನಾಟಕದ ದಾವಣಗೆರೆಯ ನಗರದ ಕೊಳೆಗೆರಿ ಪ್ರದೇಶದ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪಡೆಯುವ ವರ್ತನೆಗಳು ಮತ್ತು ಸ್ವಂತ (ಒಬಪಿ) ವೆಚ್ಚದ ಕುರಿತು ತಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಬೆಳಕು ಚೆಲ್ಲುತ್ತಾರೆ. ದಾವಣಗೆರೆಯ ನಗರ ಕೊಳೆಗೆರಿಗಳಿಂದ ಅಡ್ಡ-ವಿಭಾಗದ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಮೂಲಕ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾದ 220 ಮನೆಗಳಿಂದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ಯಾದ್ಯಚ್ಚಿ ಮಾದರಿ ತಂತ್ರವನ್ನು ಬಳಸಲಾಗಿತ್ತು. ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಬಳಸುವ ಸಂಬಂಧಿ ನಡವಳಿಕೆಗಳು/ವರ್ತನೆಗಳು ಮತ್ತು ಖರ್ಚುಗಳು ಕುರಿತು ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ ಮೊತ್ತ ಮತ್ತು ಆರೈಕೆ ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ -ವಿಳಂಬ ಮತ್ತು ಸಂದರ್ಶನದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಒದಗಿಸುವವರ ಪ್ರಕಾರಗಳ ನಡುವೆ ಸಂಬಂಧವಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಹೇಳುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಮನೆಯ ಆದಾಯ ಅಥವಾ ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನವರ ಮಕ್ಕಳ ಲಿಂಗಾಧಾರಿತ ಯಾವುದೇ ಸಂಬಂಧವಿಲ್ಲ. ಅಧ್ಯಯನದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ (ಒಬಿಪಿ) ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ದುರಂತ ವೆಚ್ಚದ ಹರಡುವಿಕೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಿದೆ. ಅವರ ಆದಾಯದ ಹೊರತಾಗಿಯೂ, ಕುಟುಂಬಗಳು ತಮ್ಮ ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನವರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರು: ದುರ್ಬಲ ವರ್ಗವಾದ ನಗರ ಕೊಳೆಗೇರಿ ಪ್ರದೇಶದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹಣಕಾಸು ರಕ್ಷಣೆಯ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿಯು ಸ್ವ-ಸಹಾಯ ಗುಂಪುಗಳು ಅಥವಾ ಸಮುದಾಯ ಆಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಯೋಜನೆಗಳು ಸುರಕ್ಷತೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ವರ್ತನೆ ಮತ್ತು ಬಡತನವನ್ನು ಬೇರೆಬೇರೆಯಾಗಿಸುತ್ತದೆ. ಕೊಳೆಗೇರಿ ಪ್ರದೇಶದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಮೇಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯದ ಖರ್ಚಿನ ಹೊರೆ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ದೀರ್ಘಾವಧಿಯಲ್ಲಿ, ನಗರ ಕೊಳೆಗೇರಿ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳು ಅಗತ್ಯವಾಗಿ ಬೇಕಾಗಿವೆ.

ಇತರ ರಾಜ್ಯಗಳ ಕುರಿತು ವಿಮರ್ಶೆಗಳು

ಅನ್ಯೂಲ್ ಕಸ್ಪರ್, ಸಂಜಯ್ ಕೆ. ಮೊಹಂತಿ (2017), ನಿಶ್ಚಿತ ರೋಗಕ್ಕಾಗುವ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಿಪಿ), ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ಖರ್ಚು (ಸಿಎಚ್‌ಎಸ್) (ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹಣಕಾಸಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಾಗುವ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಪರಿೀಕ್ಷಿಸಿದರು. ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾದರಿ ಸಮೀಕ್ಷಾ ಸಂಸ್ಥೆಯ (2014) 71 ನೇ ಸುತ್ತಿನ ಘಟಕ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗಿದೆ. ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ (ಅಲೂಇ) ದ ಅಂದಾಜಿಗಾಗಿ ವಿವರಣಾತ್ಮಕ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ (ಅಲೂಇ) ದಲ್ಲಿನ ರೋಗಗಳ ಪ್ರಕಾರದಿಂದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಬಿವಾರಿಯೇಟ್ಸ್ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಯಿತು. ಹಣಕಾಸು ತೊಂದರೆ ಮತ್ತು ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು. ಮಲ್ಟಿವೇರಿಯೇಟ್ಸ್ ಲಾಜಿಸ್ಟಿಕ್ ರಿಗ್ರೆಷನ್ ಅನ್ನು ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಆಸ್ವತ್ತಿಗೆ ದಾಖಲಾದ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಹೃದ್ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿದೆ ಎಂದು ಈ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಂಡರು. ಅನೇಕ ಮನೆಗಳು ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ (ಅಲೂಇ(ಕ್ಕೆ ಒಳಗಾದವು ಮತ್ತು ಹಣಕಾಸಿನ ತೊಂದರೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸಿದವು. ಮೂರನೇ ಒಂದು ಭಾಗದಷ್ಟು ಒಳರೋಗಿಗಳು ಹೃದ್ರೋಗಗಳು, ಜನನಾಂಗದ ತೊಂದರೆಗಳು, ನರವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳು, ಮೂಳೆ ಮತ್ತು ಸಂಧಿವಾತ (ಮಸ್ಕುಲೋಸ್ಕೆಲಿಟಲ್) ಕಾಯಿಲೆಗಳು, ಜಠರಗರುಳಿನ ತೊಂದರೆಗಳು ಮತ್ತು ಗಾಯಗಳಿಂದ ತೊಂದರೆಗೀಡಾಗಿ ಹಣಕಾಸಿನ ತೊಂದರೆ ಅನುಭವಿಸಿರುವುದಾಗಿ ವರದಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಕೊನೆಯದಾಗಿ, ಶ್ರೀಮಂತ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ-ವಿದ್ಯಾವಂತ ಜನರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ (ಒಬಿಪಿ) ವೆಚ್ಚವು ಅವರ ಪಾವತಿಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೈಕೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಹೇಳುತ್ತದೆ.

ಶಂಕರ್ ಪ್ರಿಂಜಾ ಮತ್ತಿತರರು (2018) ಹರಿಯಾಣ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಹೊರರೋಗಿಗಳ ಸಮಾಲೋಚನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ - ಸ್ವಂತ (ಒಬಿಪಿ) ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಈ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹರಿಯಾಣದ 21 ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಸಿದ ದೊಡ್ಡ

ಅಡ್ಡ-ವಿಭಾಗದ (ಲಾರ್ಜ್ ಕ್ರಾಸ್ ಸೆಕ್ಷನಲ್) ಸಮೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾದ ದತ್ತಾಂಶ ಮತ್ತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಾಗಿ ಯಾದೃಚ್ಛಿಕವಾಗಿ 79742 ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆದಾರರನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಎನ್‌ಎಸ್‌ಎಸ್‌ಒ 71 ನೇ ಸುತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ವರದಿ ಮಾಡಿದವರಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ಶೇಕಡ 4 ರಷ್ಟು ಮತ್ತು ನಗರ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 2.5 ರಷ್ಟು ಜನರು ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಒಳಗಾಗಲಿಲ್ಲ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಹೇಳುತ್ತದೆ. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಕಾಳಜಿಯ ಅಂಶವೆಂದರೆ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಪಡೆಯದ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಲ್ಲಿ, "ಹಣಕಾಸಿನ ಕಾರಣಗಳನ್ನು" ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದವರು 2004 ಮತ್ತು 2014 ರ ನಡುವೆ ಕ್ರಮೇಣ ಶೇಕಡ 15 ರಿಂದ ಶೇಕಡ 28 ಕ್ಕೆ ಏರಿಕೆಯಾಗಿದ್ದಾರೆ, ಇದು ಸ್ವಂತ (ಒಬಿಪಿ) ವೆಚ್ಚಗಳ ಹೆಚ್ಚಿದ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟವನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆದಾರರು ಹೊರ ರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು (ಒಬಿಪಿ) ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಅದು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ವರದಿ ಮಾಡಿದೆ. ಹೊರರೋಗಿ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಸ್ತ್ರೀಯರಿಗಿಂತ ಪುರುಷರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಟ್ಟದ ಸರಾಸರಿ ಮತ್ತು ತಲಾ ಸ್ವಂತ ವೆಚ್ಚ (ಒಬಿಪಿ) ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಅದೇನೇ ಇದ್ದರೂ, ನಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಹೊರರೋಗಿ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಸ್ತ್ರೀಯರಿಗಿಂತ ಪುರುಷರು ಕ್ರಮವಾಗಿ ಶೇಕಡ 24ರಷ್ಟು ಮತ್ತು ಶೇಕಡ 11ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸರಾಸರಿ ಮತ್ತು ತಲಾ ಸ್ವಂತ (ಒಬಿಪಿ) ವೆಚ್ಚವನ್ನು ವರದಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದಲ್ಲದೆ, ಶ್ರೀಮಂತರಿಗಿಂತ ಬಡ ಮತ್ತು ಬಡ ವರ್ಗಗಳು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸ್ವಂತ (ಒಬಿಪಿ) ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮಾಡಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಅಧ್ಯಯನವು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಅಸಮಾನತೆಯು ಹೊರರೋಗಿಗಳಿಗಿಂತ ಒಳರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿಯೇ ಹೆಚ್ಚು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಅನಾಮಿಕಾ ಪಾಂಡೆ, (2018) ಭಾರತದಲ್ಲಿ ವಯಸ್ಸಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಬರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಕಿಸೆಯಿಂದಾಗುವ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಗಳ ಪ್ರವೃತ್ತಿಗಳನ್ನು ತನಿಖೆ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಹಕ ಖರ್ಚು ಸಮೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಬಳಕೆ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾದ ದತ್ತಾಂಶ. ಮಲ್ಟಿವೇರಿಯಬಲ್ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯಿಂದ ದುರಂತ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ. ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ಪ್ರಮಾಣವು 1993-94ರ ಖರ್ಚು ಸಮೀಕ್ಷೆ (ಶೇಕಡ 12.4) ಮತ್ತು 2011-12ರ ಖರ್ಚು ಸಮೀಕ್ಷೆ (ಶೇಕಡ 18.2) ಮತ್ತು 1995-1996ರ ಬಳಕೆಯ ಸಮೀಕ್ಷೆ (ಶೇಕಡ 11.1) ಮತ್ತು 2014 ರ ಬಳಕೆಯ (ಶೇಕಡ 24.9) ನಡುವೆ 2.24 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನ ಪ್ರದೇಶದಾದ್ಯಂತ ಶ್ರೀಮಂತರಿಗಿಂತ ಈ ಪ್ರಮಾಣವು ಬಡವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. 5 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳು ಅಥವಾ ಮಕ್ಕಳಿಲ್ಲದ ಮನೆಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ 60 ವರ್ಷ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯಸ್ಸಿನ ಜನರನ್ನು ಮಾತ್ರ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ದುರಂತದ ಖರ್ಚು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ವಯಸ್ಸಾದ ಜನರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ, ಮಹಿಳಾ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಹಿನ್ನೆಲೆಯುಳ್ಳ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಅಪಾಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಲಾಗಿದೆ. ಅಂತಿಮವಾಗಿ, ಕಳೆದ ಎರಡು ದಶಕಗಳಿಂದ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ವಯಸ್ಸಾದವರೊಂದಿಗಿನ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ಖರ್ಚು ಹೆಚ್ಚು. ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ಅಪಾಯದಲ್ಲಿರುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಗುಂಪುಗಳಿಗೆ ಹಣಕಾಸಿನ ಸಂರಕ್ಷಣಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳು ಹುಡುಕ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಸಂಜಯ್. ಕೆ. ಮೊಹಂತಿ ಮತ್ತು ಅನ್ಯೂಲ್ ಕಸ್ಪರ್ (2017) ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಪೂರೈಕೆದಾರರಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಆರೈಕೆಯ ಸಂಭವದಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಿಪಿಇ) ಮತ್ತು ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ (ಸಿಎಚ್‌ಎಸ್) ದ ಸಮಗ್ರ ಅಂದಾಜು ಮೊತ್ತ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ (ಎನ್‌ಎಚ್‌ಎಂ) ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೂ ಮೊದಲು ಮತ್ತು ನಂತರದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಹೇಗಿತ್ತು ಎಂಬುದನ್ನು ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತುತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾದರಿ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ (ಎನ್‌ಎಸ್‌ಎಸ್) 60 ಮತ್ತು 71 ನೇ ಸುತ್ತಿನ ಘಟಕದ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಗಿದೆ. ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಿಪಿಇ) ಮತ್ತು

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ (ಸಿಹೆಚ್‌ಎಸ್) ದಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ವಿವರಣಾತ್ಮಕ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಗಿದೆ. ಪಾವತಿಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ, ಮನೆಯ ಬಳಕೆ ವೆಚ್ಚ, ಜೀವನಾಧಾರ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ತಾಯಿಯ ಆರೈಕೆಯ ಅವಶ್ಯಕ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಿಇ) ಗಳಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ದುರಂತ ವೆಚ್ಚ (ಸಿಎಚ್‌ಎಸ್) ವನ್ನು ಅಂದಾಜಿಸಲಾಗಿದೆ. ಲಾಗ್-ಲೀನಿಯರ್ ರಿಗ್ರೆಷನ್ ಮಾದರಿ ಮತ್ತು ಲಾಗಿಟ್ ರಿಗ್ರೆಷನ್ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಸರಿಹೊಂದಿಸಲಾಗಿದೆ, ಕ್ಲಸ್ಟರಿಂಗ್ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಪರಸ್ಪರ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಳಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಂದ (ಪಿಎಚ್‌ಸಿ) ಗಳಿಂದ ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಮತ್ತು ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಮಹಿಳೆಯರ ಪ್ರಮಾಣ 2004 ರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 11 ರಿಂದ 2014 ರ ವೇಳೆಗೆ ಶೇಕಡ 31 ಕ್ಕೆ ಏರಿಕೆ ಆಗಿದೆ. ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಂದ ಅದೇ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 12 ರಿಂದ ಶೇಕಡ 20 ಕ್ಕೆ ಏರಿಕೆ ಆಗಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಿಂದ ಹೆರಿಗೆ ಆರೈಕೆಯ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಿಇ) ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ (ಎನ್‌ಹೆಚ್‌ಎಮ್) ದ ನಂತರದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಗಮನಾರ್ಹ ಹೆಚ್ಚಳವನ್ನು ತೋರಿಸಿಲ್ಲ ಎಂಬ ವರದಿಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನವು ಹೇಳುತ್ತದೆ. ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಆರೈಕೆಯ ಮೇಲಿನ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಿಇ) ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ (ಎನ್‌ಎಚ್‌ಎಂ) ಅನುಷ್ಠಾನದ ಮೊದಲು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಶೇಕಡ 5.6 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಮನೆಗಳ ಆರ್ಥಿಕ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಸಾಧನೆಯು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಿಇ) ನೊಂದಿಗೆ ಸಕಾರಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಸಂಬಂಧಿಸಿದೆ. ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾಗುತ್ತಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವವರು ಮತ್ತು ಬಡ ಕುಟುಂಬಗಳು ತಾಯಿಯ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ದುರಂತ ವೆಚ್ಚ (ಸಿಎಚ್‌ಎಸ್) ಎದುರಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚು. ಅಂತಿಮವಾಗಿ, ತಾಯಿಯ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ (ಎನ್‌ಎಚ್‌ಎಂ) ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿದೆ. ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವುದು ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ (ಎನ್‌ಎಚ್‌ಎಂ) ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸುವುದು ಸೂಕ್ತವಾಗಿದೆ.

ಸಂಜಯ್ ಕೆ ಮೊಹಂತಿ ಮತ್ತು ಆಕಾಂಕ್ಷಾ ಶ್ರೀವಾಸ್ತವ (2013) ಈ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿನ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ವಿನ್ಯಾಸ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರ್ಥಿಕ ವೈವಿಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಾರೆ... 2007-08ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ನಡೆಸಿದ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಗೃಹ ಮತ್ತು ಸೌಲಭ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ (ಡಿಎಲ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್ - 3) ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಅಧ್ಯಯನವು ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ವಿವರಣಾತ್ಮಕ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳು, ಪ್ರಧಾನ ಘಟಕ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಳು ಮತ್ತು ಎರಡು ಭಾಗಗಳ ಮಾದರಿಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಳಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆಯ ಖರ್ಚು ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಗಿಂತ ಆರು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಹೇಳುತ್ತದೆ. ತಾಯಂದಿರ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಸಾಧನೆಯ ಹೆಚ್ಚಳದೊಂದಿಗೆ, ಸ್ವಂತ (ಒಬಿಇ) ಖರ್ಚಿನ ಒಲವು ಮತ್ತು ದರವು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ, ಹೆಚ್ಚಿನ ಸ್ವಂತ (ಒಬಿಇ) ವೆಚ್ಚವು ಆರೈಕೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಸಮಾನವಾಗಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿನ ಸ್ವಂತ (ಒಬಿಇ) ಖರ್ಚು, ಹಣದುಬ್ಬರಕ್ಕೆ ಸರಿಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ, ಕಾಲಾನಂತರದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ, ಬಹುಶಃ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಖರ್ಚು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅಂತಿಮವಾಗಿ, ಸರಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿದ ರಾಜ್ಯಗಳ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿನ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಬೇಕು ಮತ್ತು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಆರೈಕೆಯ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆ

ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಾರ್ವಜನಿಕ-ಖಾಸಗಿ ಸಹಭಾಗಿತ್ವ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಬೇಕು ಎಂದು ಅವರು ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ.

ಸರಸ್ವತಿ ಕೆರ್ಕೆಟ್ಟಾ (2015) ಅವರ ಅಧ್ಯಯನ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳ ಬಳಕೆಯ ಮೇಲಿನ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಎನ್‌ಎಸ್‌ಎಸ್‌ಒ 60 ನೇ ಸುತ್ತಿನ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಆಧರಿಸಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವ ವಿನ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲು ಯುನಿವೇರಿಯೇಟ್ ಮತ್ತು ಮಲ್ಟಿವೇರಿಯೇಟ್ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ತಾಯಂದಿರ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ನಡುವೆ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿವೆ ಎಂಬುದು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ನಗರದ ತಾಯಂದಿರು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ (ಎಎನ್‌ಐ) ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ (ಒಬಪಿ) ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಗುಂಪುಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳ ಖರ್ಚಿನ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿವೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಮಟ್ಟ ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆ, ಹೆರಿಗೆಯ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಸಹ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ವಯಸ್ಸು ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಆಗುವ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಹೆಚ್ಚಿನದ್ದಾಗಿದೆ. ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿ) ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಲಭಿಸಲು ಮುಖ್ಯ ತಡೆಯಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಿಯಾಂಕಾ ಯಾದವ್ ಮತ್ತು ಅಜಿತ್ ಕುಮಾರ್ ಯಾದವ್ (2017) ಉತ್ತರಾಖಂಡ, ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ, ಬಿಹಾರ, ಜಾರ್ಖಂಡ್, ಛತ್ತಿಸ್ಗಢ್, ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶ, ರಾಜಸ್ಥಾನ ಮತ್ತು ಒಡಿಶಾಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಇಎಜಿ (ಎಂಪವರ್ಡ್ ಆಕ್ಟನ್ ಗ್ರೂಪ್) ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿನ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯಿಂದಾಗಿ ಮನೆಯ ಖರ್ಚು ವೆಚ್ಚಗಳ ಮೇಲಾಗುವ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದ್ದಾರೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾದರಿ ಸಮೀಕ್ಷಾ ಸಂಸ್ಥೆಯ (ಎನ್‌ಎಸ್‌ಎಸ್‌ಒ- 2014) 71 ನೇ ಸುತ್ತಿನ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗಿದೆ. ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ಮೇಲೆ ಸ್ವತಂತ್ರ ಅಸ್ಥಿರಗಳ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲು ಲಾಗ್-ಲೀನಿಯರ್ ರಿಗ್ರೆಷನ್ ನಡೆಸಲಾಯಿತು. ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿಇ) ಹೆಚ್ಚು ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ. ಸಮಾಜದ ಶ್ರೀಮಂತ ವರ್ಗ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚು ವಿದ್ಯಾವಂತ ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಸಹವರ್ತಿಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಹೆಚ್ಚು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು (ಒಬಪಿಇ) ಮಾಡುತ್ತಾರೆ ಎಂದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿಇ) ಅನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸರ್ಕಾರದ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಮಾಡಬೇಕು ಇದರಿಂದ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಸಮಾಜದ ಬಡ ವರ್ಗಕ್ಕೆ ಹೊರೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ವರದಿ ಪ್ರಸ್ತುತಪಡಿಸಿದೆ.

ಸಂದೀಪ್ ಶರ್ಮಾ (2018) ಗುಜರಾತ್ ರಾಜ್ಯೋಟ್ ನಗರದ ಕೊಳೆಗೇರಿ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿನ ಖರ್ಚನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಕೊಳೆಗೇರಿಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ 1 ವರ್ಷದೊಳಗೆ ಮಗುವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ 180 ಮಹಿಳೆಯರಿಂದ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅವರಿಗೆ ತಗಲಿರುವ ಹೆರಿಗೆಯ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚ ಸುಮಾರು ರೂ. 8880. ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸರಾಸರಿ ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವು ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಅಥವಾ ಮನೆ ಹೆರಿಗೆಗಿಂತ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಸುಮಾರು ಶೇಕಡ 75 ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಒಟ್ಟು ವಾರ್ಷಿಕ ಕುಟುಂಬ ಆದಾಯದ ಶೇಕಡ 10 ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು - ದುರಂತ ವೆಚ್ಚ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗಿಂತ ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆ-ಸಂಬಂಧಿತ ವೆಚ್ಚಗಳ ಹೊರತಾಗಿಯೂ, ಹೆಚ್ಚಿನ ತಾಯಂದಿರು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಂದ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳ ಬಳಕೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ದುರಂತ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಅವರು ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಂತಿಮವಾಗಿ, ಕುಟುಂಬಗಳು ಬಡತನ ರೇಖೆಗೆ ತಲುಪುವುದನ್ನು ತಡೆಯಲು ಜನನ ಸಿದ್ಧತೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಮಾಲೋಚನೆಯ ಅಗತ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಮಾತೃತ್ವ ಪ್ರಯೋಜನ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಬೇಕು ಎಂದು ಅವರು ಸಲಹೆ ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ತಾಜೀನ್ ತಹ್ನಿನ್ (2017) ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಪೀಡಿತ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸವಿವೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಒಪಿಇಯನ್ನು ನಿರ್ಣಯಿಸುವ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲು ಮತ್ತು ಗುರುತಿಸಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿದೆ. ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ತಾಯಂದಿರಿಂದ ಅಡ್ಡ-ವಿಭಾಗದ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು (ಕ್ರಾಸ್ ಸೆಕ್ಷನಲ್ ಡಾಟಾ) ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಔಕಿಇ) ಯ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲು ರೇಖೀಯ ಹಿಂಜರಿಕೆಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಇದು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಔಕಿಇ) ಸಮಾಲೋಚನೆ ಶುಲ್ಕಗಳು ಮತ್ತು ಔಷಧದ ವೆಚ್ಚಗಳು, ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಪ್ರವೇಶ, ಸಾರಿಗೆ, ವಸತಿ ಮತ್ತು ಆಹಾರವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿತ್ತು. 2009 ಮತ್ತು 2012 ರ ನಡುವೆ ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಪೀಡಿತ ಮಗುವಿಗೆ ಆರೈಕೆ ಮಾಡುವ ವೆಚ್ಚವನ್ನು, ಸಮಾಲೋಚನೆ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಅಳಿಯುವ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಒಪಿಇ) ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಘಟಕದಲ್ಲೂ ಹೆಚ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಹೇಳುತ್ತದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಒಪಿಇ) ಪ್ರಮುಖ ಭಾಗವಾದ ಔಷಧಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವೆಚ್ಚವಾಗಿದೆ. ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒಟ್ಟಾರೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಒಪಿಇ) ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಲು ನಾವು ನೀಡುವ ಪ್ರಾಧಾನ್ಯತೆ, ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ಪೂರೈಕೆದಾರರಿಂದ ಆರೈಕೆ, ಗುಡ್‌ಗಾಡು / ಗದ್ದೆ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಮಾಧ್ಯಮಿಕ ಶಿಕ್ಷಣ ಹೊಂದಿರುವ ತಾಯಂದಿರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದೆ. ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಒಪಿಇ) ಪ್ರಮುಖ ತಡೆಗೋಡೆ ಮತ್ತು ಬಾಂಗ್ಲಾದೇಶದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತವಾದ ಔಷಧಿಗಳ ಪ್ರವೇಶ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದೆ. ಎಂದು ಅವರು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಂಡರು

ದೀಪ್ತಿ ಗೋವಿಲ್, ಮತ್ತು ಇತರರು. (2016) ಈ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಒಪಿಇ) ನಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸದಲ್ಲಿ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯ (ಜಿಎಸ್ವೈ) ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕಗಳು ಎಷ್ಟು ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಭರಿಸುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಸಮುದಾಯ ಆಧಾರಿತ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಮೂಲಕ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ರಾಜಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ 424 ಮಹಿಳೆಯರಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದೆ. ಒಒಪಿಇ ನಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ವಿವರಣಾತ್ಮಕ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಒಪಿಇ) ನ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಲಾಜಿಸ್ಟಿಕ್ ರಿಗ್ರೆಷನ್ ಬಳಸಲಾಗಿದೆ.

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆಗೆ ತಗಲುವ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಒಪಿಇ) ಹೆಚ್ಚು ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ (ಜಿಎಸ್ವೈ) ಯ ಪಾಲು ಹೆರಿಗೆಯ ಒಟ್ಟು ವೆಚ್ಚದ ಶೇಕಡ 44 ರಷ್ಟಿದೆ, ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 77 ರಷ್ಟು ಸಂಕೀರ್ಣ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಶೇಕಡ 23 ರಷ್ಟು ಇದೆ. ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿ, ಶಿಕ್ಷಣ ಮಟ್ಟ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ತೊಡಕುಗಳು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ (ಒಒಪಿಇ) ಪ್ರಮುಖ ನಿರ್ಣಾಯಕಗಳಾಗಿವೆ ಎಂದು ಅವರು ಕಂಡುಕೊಂಡರು. ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ (ಜಿ ಎಸ್ ವೈ) ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿದೆ ಮತ್ತು ಮನೆಗಳು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿದೆ

ಆದರೆ ಈ ಮೊತ್ತ ಸಂಕೀರ್ಣ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಲೇಖಕರು ಹೇಳುತ್ತಾರೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲು ಸೋನೋಗ್ರಫಿ ಮತ್ತು ಇತರ ಪರೀಕ್ಷಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದರಿಂದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿಇ) ನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಬಹುದು.

ಕೀರ್ತಿ ಸುಂದರ್ ಸಾಹು ಮತ್ತು ಭಾವನಾ ಭಾರತಿ (2019)ಯವರ ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಭುವನೇಶ್ವರ ಒರಿಸ್ಸಾದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ, ಪ್ರಸವಾನಂತರದ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಹಣದ ಮೂಲಗಳು ಮತ್ತು ದುರಂತ ವೆಚ್ಚದ (ಸಿಇ) ಅನುಭವವನ್ನು ಅನ್ವೇಷಿಸುವ ಗುರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಒಡಿಶಾದ ಭುವನೇಶ್ವರ ದ ಕೊಳೆಗೇರಿ ಪ್ರದೇಶದ 240 ಮಹಿಳೆಯರ ಸಂದರ್ಶನ ಮಾಡಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಅಡ್ಡ ವಿಭಾಗದ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಮೂಲಕ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಯಿತು. ಹೆರಿಗೆ ವಿವರಗಳು, ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳು ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತು ಹಣದ ಮೂಲಗಳ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ರಚನಾತ್ಮಕ ಸಂದರ್ಶನದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಕಾರ ಬಹುಪಾಲು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿಇ) ಮತ್ತು ಜನನಿ ಶಿಶು ಸುರಕ್ಷ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ (ಜೆಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ), ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷ ಯೋಜನೆ (ಜೆಎಸ್‌ವೈ), ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರದ ಮಮತಾ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಪಡೆಯಲಾದ ಲಾಭ ಶೂನ್ಯ ಎನ್ನುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಒಬಪಿಇ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ಸ್ಥಳ, ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರ ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆತೆಯ ಉಪಸ್ಥಿತಿಯ ನಡುವೆ ಮಹತ್ವದ ಸಂಬಂಧವಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಮತ್ತಷ್ಟು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ. ಅಂತಿಮವಾಗಿ, ಜೆಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ, ಮತ್ತು ಮಮತಾ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಬಹುಪಾಲು ಜನರು ಲಾಭ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ತೀರ್ಮಾನಿಸಿದೆ. ಸಿಸೇರಿಯನ್ ವಿಭಾಗದ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವಿಮಾ ಸೌಲಭ್ಯವು ಮನೆಗಳ ಮೇಲಿನ ಅತಿಯಾದ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಶ್ರೀನಿವಾಸ್ ಗೋಳಿ, ಮತ್ತು ಇತರರು (2016) ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಖರ್ಚಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಧ್ಯಯನವು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ, ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶು ಆರೈಕೆ ವೆಚ್ಚಗಳಂತಹ ಒಟ್ಟು ಘಟಕಗಳಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆಯ ಖರ್ಚಿನ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬಗಳು ಮಾಡಿದ ದುರಂತ ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚು (ಸಿಎಂಇ (ಗೆ ಕಾರಣವಾದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತದೆ. ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ಅದರ ಮುನ್ನೂಚಕಗಳನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲು ಅಧ್ಯಯನವು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾದರಿ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ (2014) ದತ್ತಾಂಶದ 71 ನೇ ಸುತ್ತನ್ನು ಬಳಸುತ್ತದೆ. ಮಾತೃತ್ವ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಸಿಎಂಇ ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಎರಡು ಭಾಗಗಳ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಯಿತು. ತಾಯಿಯ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಮನೆಯ ಖರ್ಚು ಹಿಂದಿನ ಅಂದಾಜುಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಎಂದು ಅವರು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಕುಟುಂಬಗಳು ದುರಂತ ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತವೆ. ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯ ಜೊತೆಗೆ, ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಪ್ರಕಾರ ಮತ್ತು ವಾಸಸ್ಥಳವು ಹೆರಿಗೆ ದುರಂತ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ವಿವರಿಸುವಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವದ ಅಂಶಗಳಾಗಿವೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಆವಿಷ್ಕಾರಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಬೇಡಿಕೆಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಸರ್ಕಾರದ ಖರ್ಚಿನ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ದುರಂತ ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ (ಸಿಎಂಇ (ವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು, ಭಾರತವು ಉತ್ತಮ-ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಪ್ರವೇಶವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಬೇಕು ಮತ್ತು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಲಾದ ಮಾತೃತ್ವ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಶ್ರೀನಿವಾಸ್ ಗೋಳಿ (2018) ಭಾರತದ ಉತ್ತರಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಆಸ್ವತ್ತೆ ಜನನಕ್ಕಾಗಿ ಆಗುವ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಸಮೀಕ್ಷೆಗೆ 24-ಗಂಟೆ ಮೊದಲು ಸಂಕೀರ್ಣವಲ್ಲದ ಹೆರಿಗೆಗಳಿಗಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಂದ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು 2014 ರಲ್ಲಿ ಭಾರತದ ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶದ ಆಸ್ವತ್ತೆಯ ಸೆಟ್ಟಿಂಗ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಸಮೀಕ್ಷೆಗೆ 48-ಗಂಟೆ ಮೊದಲು ಸಂಕೀರ್ಣ (ಕ್ಲಿಷ್ಟಕರ) ಹೆರಿಗೆಗಳು. ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹಣೆಗೆ ಸರಳ ಯಾದೃಚ್ಛಿಕ ಮಾದರಿ ತಂತ್ರವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳು (ಎಎನ್‌ಸಿ), ವಿತರಣಾ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಖರ್ಚು (ಟಿಎಂಇ) ಮೇಲಿನ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲು ಬೈವಾರಿಯೇಟ್ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ (ಎಎನ್‌ಸಿ) ಗಳು, ಹೆರಿಗೆ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಒಟ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ (ಟಿಎಂಇ) ಗಳಲ್ಲಿನ ದಂಪತಿಗಳ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯದಲ್ಲಿ ಖರ್ಚಿನ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ಸಾಪೇಕ್ಷ ಪಾಲಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಂಶವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು ಮಲ್ಟಿವೇರಿಯೇಟ್ ರೇಖೀಯ ಹಿಂಜರಿಕೆಯನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸರಾಸರಿ ಖರ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಹೇಳಿದೆ. ಆದಾಯ, ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಿಣಿಯರ (ಎಎನ್‌ಸಿ) ಸಂಖ್ಯೆ, ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳ ಮುಂತಾದ ಅಂಶಗಳು ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ಸಾಪೇಕ್ಷ ಖರ್ಚಿನೊಂದಿಗೆ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿವೆ. ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ವತ್ತಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಹೆರಿಗೆ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ದುರಂತದ ಖರ್ಚು ಸಂಭವಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿವೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಅಥವಾ ಫೋರ್ಸೆಪ್ಸ್ ಹೆರಿಗೆಗಳು ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆಯ ಮೇರೆಗೆ ನಡೆಸುವ ಹೆರಿಗೆಗಳು. ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಕುಟುಂಬಗಳಿಂದ ನಿರ್ಧರಿಸಲ್ಪಡುತ್ತವೆ.

ನೀಲಂಜನಾ ದ್ವಿಬೆಡಿ, ಮತ್ತು ಇತರರು, (2018) ವಯಸ್ಸಾದವರಲ್ಲಿ ಆಲ್ಟಿಮರ್ (ಒಟದ್ವುಜುಟಜಡಿ) ಕಾಯಿಲೆ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿತ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳಿಗೆ (ಎ ಡಿ ಆರ್ ಡಿ) ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಖರ್ಚಿನ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಹೊರೆ ಅಂದಾಜು ಮಾಡಿದೆ. ಫಲಾನುಭವಿಯಿಂದ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ಅಧ್ಯಯನವು ಹಿಂದಿನ, ಅಡ್ಡ-ವಿಭಾಗದ ತಂತ್ರವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ಪೂರ್ವಭಾವಿ, ಶಕ್ತಗೊಳಿಸುವಿಕೆ, ಅಗತ್ಯ, ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಬಾಹ್ಯ ಪರಿಸರದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಿಗಾಗಿ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಹಿಂಜರಿತಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲಿನ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಿಂದ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಪ್ರಕಾರದ ಹೊರಗಿನ ಖರ್ಚಿನಿಂದ ತಲಾ ಒಟ್ಟು ವಾರ್ಷಿಕ ಔಟ್ ಅನ್ನು ಅಧ್ಯಯನವು ಅಂದಾಜಿಸಿದೆ: ರೋಗಿ, ಹೊರ ರೋಗಿ, ಮನೆಯ ಆರೋಗ್ಯ, ಬರೆದ (ಪ್ರಿಷ್ಚಿಪ್ಷನ್) ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ಇತರ ಸೇವೆಗಳು. ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ ಆದಾಯದ ಶೇಕಡಾವಾರು ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಲೆಕ್ಕಹಾಕುವ ಮೂಲಕ ಅವರು ಚೇಬಿನಿಂದ ಹೊರಗಿನ ಖರ್ಚು ಹೊರೆಯನ್ನು ಅಳೆಯುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಶೇಕಡಾವಾರು ಖರ್ಚು ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಈ ಶೇಕಡಾವಾರು 10 ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಮಲ್ಟಿವೇರಿಯಬಲ್ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕನಿಷ್ಠ ಚೌಕಗಳ ಹಿಂಜರಿತಗಳು (ರಡಿಜುಟಿಚಿಡಿಡಿ ಟಜಚಿಣ, ಡಿಜಿಡಿಡಿಡಿ ಡಿಜಿಡಿಡಿಡಿ) ಮತ್ತು ಲಾಜಿಸ್ಟಿಕ್ ಹಿಂಜರಿತಗಳು (ಟರಝುಝ ಡಿಜಿಡಿಡಿಡಿ) ಮತ್ತು ಈ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಳು ಸೇರಿವೆ. ಆಲ್ಟಿಮರ್ (ಒಟದ್ವುಜುಟಜಡಿ)ಕಾಯಿಲೆ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿತ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳಿಗೆ (ಎ ಡಿ ಆರ್ ಡಿ) ಮನೆಯವರ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಎ ಡಿ ಆರ್ ಡಿ ಇಲ್ಲದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಎ ಡಿ ಆರ್ ಡಿ ಹೊಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಲ್ಲಿ ಸರಾಸರಿ ವಾರ್ಷಿಕ ತಲಾ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಖರ್ಚು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಎ ಡಿ ಆರ್ ಡಿ ಇಲ್ಲದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಮತ್ತು ಆಲ್ಟಿಮರ್ (ಒಟದ್ವುಜುಟಜಡಿ)ಕಾಯಿಲೆ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿತ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳಿಗೆ ಆಲ್ಟಿಮರ್ (ಒಟದ್ವುಜುಟಜಡಿ) ಕಾಯಿಲೆ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿತ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು (ಎ ಡಿ ಆರ್ ಡಿ) ಇಲ್ಲದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ನಡುವೆ

ಒಟ್ಟು ಖರ್ಚಿಲ್ಲದ ಖರ್ಚಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಎ ಡಿ ಆರ್ ಡಿ ಇಲ್ಲದವರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಎ ಡಿ ಆರ್ ಡಿ ಹೊಂದಿರುವ ಹಿರಿಯ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಖರ್ಚಿನ ಹೊರೆಯನ್ನು ಹೊಂದುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚು.

ಅಮಿತ್ ಕುಮಾರ್ ಸಾಹೂ (2014) ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಮೀಕ್ಷೆ (ಐಹೆಚ್‌ಡಿಎಸ್, 2004-2005) ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಮೇಲಿನ ವಿಮೆಯ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಿಂದ ವಿಮೆಯ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಲಾಗಿಟ್ ಮಾದರಿ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತವಾದ ಇಕೋನೋಮೆಟ್ರಿಕ್ ತಂತ್ರಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿ) ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ, ದುರಂತದ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಬಡತನದ ಸಂಭವನೀಯತೆಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ. ವಿವಿಧ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸುವುದು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿ) ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದು ಸ್ವಾಗತಾರ್ಹ ಕ್ರಮವಾಗಿದೆ. ಬಿಪಿಎಲ್ ಕುಟುಂಬಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಗುರಿಯಾಗಿಸುವುದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಯನ್ನು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕಗೊಳಿಸಬೇಕು ಎಂದು ಅವರು ವಾದಿಸುತ್ತಾರೆ, ಏಕೆಂದರೆ ದುರಂತದ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಬಡ ಕುಟುಂಬಗಳು ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಶೇಕಡಾವಾರು ಕುಟುಂಬಗಳು ಶ್ರೀಮಂತ ಆದಾಯದ ಕ್ಲಿಂಟೈಲ್ಗಳಿಂದ ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹೊರರೋಗಿ ಮತ್ತು ಒಳರೋಗಿಗಳ ಖರ್ಚಿನ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ದುರಂತದ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಬಡತನಕ್ಕೆ ಸಂಭವನೀಯತೆಯು ಬಹುತೇಕ ಸಮಾನವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಭಾರತದಲ್ಲಿನ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆಗಳು ಸರ್ಕಾರ ಅಥವಾ ಖಾಸಗಿಯಾಗಿ ಒದಗಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿವೆ, ಇದು ರೋಗಿಗಳ ಆಧಾರಿತವಾಗಿದೆ, ಇದರಿಂದಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿ) ವೆಚ್ಚದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಭಾಗವು ಯೋಜನೆಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಒದಗಿಸಿದ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಆಕರ್ಷಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಮಾಡಲು ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಯ ವಿನ್ಯಾಸದ ಬಗ್ಗೆ ಪುನರ್ವಿಮರ್ಶಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ.

ಜಯಕೃಷ್ಣನ್ ಟಿ (2016) ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿ) ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ಅದರ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಅಂಶಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಮತ್ತು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿ) ಮೇಲೆ ಪಿಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಐನ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಿದರು. ಅವರು 2014 ಮತ್ತು 2004 ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾದ ಎನ್‌ಎಸ್‌ಎಸ್‌ಓ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಬಳಸುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ಪಿಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಐಯೋಜನೆಗಳ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಕುರಿತು ಪ್ರಕಟಿತ ಇತರ ಅಧ್ಯಯನಗಳನ್ನು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿ) ಮೇಲೆ ಪಿಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಐ ಯೋಜನೆಗಳ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ನಿರ್ಣಯಿಸುತ್ತಾರೆ. ಕಳೆದ ಒಂದು ದಶಕದಲ್ಲಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಪ್ರಸಂಗದ ಕಾಯಿಲೆ ವೆಚ್ಚ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಎಂದು ಅವರು ಕಂಡುಕೊಂಡರು. ಜೀವಿತಾವಧಿಯಲ್ಲಿನ ಹೆಚ್ಚಳ, ಹೆಚ್ಚು ವಯಸ್ಸಾದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಬದಲಾವಣೆ ಮತ್ತು ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಕಾಯಿಲೆಯೊಂದಿಗೆ ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಕಾಯಿಲೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆ. ಅನಿಯಂತ್ರಿತ ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಮೇಲೆ ಬಹಿರಂಗವಾಗಿ ಅವಲಂಬಿಸುವುದನ್ನು ಪರ್ಯಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಹಣಕಾಸು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳಿಂದ ವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾಗಿ ಸರಿಪಡಿಸದಿದ್ದರೆ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು “ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕು” ಬಲಪಡಿಸುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ ನಾಗರಿಕರಿಗೆ ದೂರದ ಕನಸಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಪ್ರದೀಪ್ ಮುಸಲೆ ರಾಮಚಂದ್ರ, ಮತ್ತು ರಂಗಸ್ವಾಮಿ ಮನೋಹರ್ (2016) ಮಂಡ್ಯ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಮರಣಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಅನುಪಾತ (ಎಂಎಂಆರ್) ಕುರಿತು ಅಧ್ಯಯನ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ನಡೆಸಿದ್ದಾರೆ. ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಚೇರಿಯಿಂದ ಐದು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಜನವರಿ 2011 ರಿಂದ ಡಿಸೆಂಬರ್ 2015 ರವರೆಗೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮಾಹಿತಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಎಂಎಂಆರ್ 20-29 ವರ್ಷಗಳು ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಪ್ರವೇಶದ 24 ಗಂಟೆಗಳ ಒಳಗೆ ಸಾವನ್ನಪ್ಪಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ. ಪ್ರಸವಾನಂತರದ ರಕ್ತಸ್ರಾವ (ಪಿಪಿಹೆಚ್), ಎಕ್ಲಾಂಪ್ಷಿಯಾ ಮತ್ತು ಆಮ್ನಿಯೋಟಿಕ್ ಎಂಬಾಲಿಸಮ್ ಇದಕ್ಕೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣಗಳಾಗಿವೆ, ತಾಯಿಯ ಮರಣದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಹೀನತೆ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಅಧ್ಯಯನದ ತೀರ್ಮಾನ: ಎನ್ ಆರ್ ಹೆಚ್ ಎಂ ಪರಿಚಯ ಖಂಡಿತವಾಗಿಯೂ ಮಂಡ್ಯ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಎಂಎಂಆರ್ ಅನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಿತು. ರಕ್ತಹೀನತೆ, ಪಿಪಿಹೆಚ್ ಮತ್ತು ಎಕ್ಲಾಂಪ್ಷಿಯಾದ ಎಂಎಂಆರ್ ನುರಿತ ಜನನ ಪರಿಚಾರಕರಿಂದ ಆರಂಭಿಕ ಗುರುತಿಸುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಆಕ್ರಮಣಕಾರಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ತಡೆಯಬಹುದು.

ಟಜಿಯಾನಾ ಲಿಯೋನ್ (2013) ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ, ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಡಿದ ಖರ್ಚಿನ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುತ್ತಾರೆ. ತಾಯಂದಿರ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು 2004 ರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾದರಿ ಸಮೀಕ್ಷಾ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಅಡ್ಡ-ವಿಭಾಗದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಒಟ್ಟು ಮನೆಯ ಖರ್ಚುಗಳಿಗಿಂತ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ವೆಚ್ಚಗಳ ಅನುಪಾತದ ಮೇಲೆ ಮನೆ, ಕ್ಲಸ್ಟರ್ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲು ಬಹುಮಟ್ಟದ ರೇಖೀಯ ಹಿಂಜರಿತ ತಂತ್ರಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಹೆಚ್ಚಿನ ಕುಟುಂಬಗಳು ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಪಾವತಿಸುತ್ತಿವೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ, ಖಾಸಗಿ ಆರೈಕೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸುವವರು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸುವವರಿಗಿಂತ ನಾಲ್ಕು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ಪಾವತಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಬಳಕೆಯ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಮನೆ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಗಣನೀಯ ವೈವಿಧ್ಯತೆಯೊಂದಿಗೆ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ವೆಚ್ಚವು ರಾಜ್ಯದಾದ್ಯಂತ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಾಮಮಾತ್ರದ ಹಣಕಾಸಿನ ನೆರವು ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಜನನಗಳನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವ ಇತ್ತೀಚಿನ ಸರ್ಕಾರದ ನೀತಿ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆಗಳು ಸ್ವಾಗತಾರ್ಹ ಹೆಜ್ಜೆಯಾಗಿದೆ ಆದರೆ ಇತರ ಪರೋಕ್ಷ ವೆಚ್ಚಗಳಿಗೆ ಇದನ್ನು ಸರಿದೂಗಿಸಲು ತಾಯಂದಿರಿಗೆ ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವವರು ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಬಡ ಸಮುದಾಯಗಳಿಗೆ ಇದು ಸಹಾಯ ಮಾಡದಿರಬಹುದು..

ಆನ್ ಇಸಾಕ್, ಮತ್ತು ಇತರರು (2016) ಭಾರತದ ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಪ್ರವೇಶಿಸುವಾಗ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಉಂಟಾದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಒಪಿಇ) ನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ನಿರ್ಣಯಿಸಿದರು. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶದ ನಾಲ್ಕು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ 558 ಮಹಿಳೆಯರಿಂದ ಅಡ್ಡ-ವಿಭಾಗದ ಡೇಟಾವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದೆ. ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಒಪಿಇ) ಸಂಬಂಧಿತ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ಅವರು ಮೊದಲೇ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಬಳಸುತ್ತಾರೆ. ದತ್ತಾಂಶ ಕಡಿತಕ್ಕಾಗಿ ಆವರ್ತನಗಳು, ಮನ್-ವಿಟ್ಟಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ವರ್ಗೀಯ ಹಿಂಜರಿಕೆಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಸರಾಸರಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಒಪಿಇ) ರೂ. 700 (ಅಮೇರಿಕಾ ಡಾಲರ್ 11.48) ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ, ಇದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆರಿಗೆಗೆ ರೂ. 680 (ಗಬಿ 11.15) ಮತ್ತು ಸಂಕೀರ್ಣ ಪ್ರಕರಣಗಳಿಗೆ ರೂ. 970 (ಅಮೇರಿಕಾ ಡಾಲರ್ 15.9) ನಡುವೆ ಬದಲಾಗಿದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದಾಯ ಹೊಂದಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳ ಮಹಿಳೆಯರು, ಸಾಮಾನ್ಯ ಜಾತಿಗಳು, ಪ್ರಿಮಿಗ್ರಾವಿಡಾ, ಸಂಕೀರ್ಣ ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ

ಕಾರ್ಯಕರ್ತರೊಂದಿಗೆ ಇಲ್ಲದವರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗೆ (ಒಬಪಿಇ) ಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಾರೆ. ಜಾತಿಗಳು, ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಕಾರ ಮತ್ತು ಆಶಾ ಇರುವಿಕೆಯಂತಹ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒಬಪಿಇ ಮೇಲೆ ಅಂಶಗಳು ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತವೆ. ಹೆರಿಗೆ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿಇ) ನ್ನು ಪ್ರವೇಶಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹಿಳೆಯರು ಅಸಮಾಧಾನ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ.

ವಿಲಿಯಂ ಜೋ (2019) ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಘಟನೆಗಳು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಹಣಕಾಸು ಗಳ ನಡುವಿನ ಪರಸ್ಪರ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುತ್ತಾರೆ. ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಂದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಶೇಕಡ 60 ಮತ್ತು ಶೇಕಡ 40 ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಹಣಕಾಸಿನ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ. ಅಂತಹ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ನಿಭಾಯಿಸುವ ತಂತ್ರಗಳ ಬಳಕೆಯನ್ನು ವರದಿ ಮಾಡಿದೆ. ಭಾರತದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ಒಳರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿಇ) ಪಾವತಿಗಳ ಮೂಲಗಳು ಸಾಲ ಪಡೆಯುವುದು, ಮನೆಗಳ ಮಾರಾಟ ಮತ್ತು ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿಕರ ಕೊಡುಗೆಗಳು. ಅಂಚಿನಲ್ಲಿರುವ ವಿಭಾಗಗಳಿಗೆ, ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರು, ವೃದ್ಧರು ಮತ್ತು ಹಿಂದುಳಿದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಗುಂಪುಗಳಿಗೆ ಹಣಕಾಸು ವಿತರಣೆಯಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹ ತೊಂದರೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ. ಮಲ್ಟಿವೇರಿಯೇಟ್ ಲಾಜಿಸ್ಟಿಕ್ ರಿಗ್ರೆಷನ್ ಕುಟುಂಬಗಳು ಸಾಂಕ್ರಮಿಕವಲ್ಲದ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ, ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವಾಗ ಋಣಭಾರದ ಅಪಾಯದಲ್ಲಿವೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಅವರು ಇದೇ ರೀತಿಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಯನ್ನು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ: ಸ್ತ್ರೀಯರಿಗಿಂತ ಪುರುಷರು ಆರೋಗ್ಯ ಹಣಕಾಸಿಗಾಗಿ ಸಾಲವನ್ನು ಬಳಸುತ್ತಾರೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂರಕ್ಷಣಾ ನೀತಿಗಳ ಅಗತ್ಯತೆ ಇದೆ ಎಂದು ಅವರು ಸಲಹೆ ನೀಡಿದರು, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆಗೀಡಾದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಹಣಕಾಸಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸುಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಒತ್ತಿಹೇಳಲಾಗಿದೆ.

ಸುಲಕ್ಷಾನ ನಂದಿ (2017) ವಿಮೆ ಮಾಡಿದ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡದವರಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾತಿ, ಸೇವೆಗಳ ಬಳಕೆ ಮತ್ತು ಆಗುವ ಕೆಸೆ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಪರಿಶೀಲಿಸುತ್ತದೆ. ಅಧ್ಯಯನವು 71 ನೇ ಸುತ್ತಿನ ಎನ್‌ಎನ್‌ಎನ್‌ಎಂ‌ಒ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಾಗಿ ಬಳಸುತ್ತದೆ. ದಾಖಲಾತಿ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರಿಸುವುದು, ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಿಂದ ಮತ್ತು ದುರಂತ ವೆಚ್ಚಗಳು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೆ ಬಳಸಲಾಗುವ ಅಸ್ಥಿರಗಳು. ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿಇ) ಮತ್ತು ದುರಂತದ ಖರ್ಚಿಗೆ ಲಿಂಗ, ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಸೌಲಭ್ಯದ ಪ್ರಕಾರ ಸ್ಥಿತಿ, ವಾಸ, ಮತ್ತು ಕಾಯಿಲೆ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಮಲ್ಟಿವೇರಿಯೇಟ್ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಳು ಕಂಡುಹಿಡಿದವು. ವಿಮೆ ಮಾಡಿದ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡದವರಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವ ದರಗಳ ನಡುವೆ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ, ವಿಮೆ ಮಾಡದವರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದ ದರ ಹೆಚ್ಚು. ಮಹಿಳೆಯರು, ಗ್ರಾಮೀಣ ನಿವಾಸಿಗಳು, ವೇಳಾಪಟ್ಟಿ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗದವರು ಮತ್ತು ಬಡ ಗುಂಪುಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯವನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚು. ವಿಮಾದಾರರು ಸ್ವಂತ (ಒಬಪಿಇ) ಖರ್ಚಿನಿಂದ ಹೊರಗುಳಿಯುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಕಡಿಮೆ ಇದ್ದರೂ, ವಿಮಾದಾರರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಖಾಸಗಿ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಇನ್ನೂ ಬಳಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲು ಮಾಡುವ ವೆಚ್ಚಗಳು. ವಿಮಾ ರಕ್ಷಣೆಯ ಹೊರತಾಗಿಯೂ, ಬಹುಪಾಲು ಜನರು ಇನ್ನೂ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿಇ) ಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ವಲಯಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಸೇವೆಗಳು ದುಬಾರಿಯಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯವು ಹೆಚ್ಚು ದುರ್ಬಲ ಗುಂಪುಗಳಿಗೆ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಶಾರದಿಯಾ ಮುಖರ್ಜಿ (2013) ವಿಕೋಪದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಖರ್ಚಿನ ಸಂಭವ ಮತ್ತು ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅವರು ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಬಂಧಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಬೆಳಕು ಚೆಲ್ಲಿದರು ಮತ್ತು ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾವತಿಗಳಿಂದಾಗಿ ಇಂತಹ ಬಡತನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದ್ದಾರೆ. 60 ನೇ ಸುತ್ತಿನ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾದರಿ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ದತ್ತಾಂಶ ವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಳಿಗಾಗಿ ಬಳಸುತ್ತಾರೆ. ನಗರ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಖರ್ಚು ಗ್ರಾಮೀಣ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗಿಂತ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಎಂದು ಅವರು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಕುಟುಂಬಗಳು ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ದುರಂತ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ಮಾಡಬೇಕಾಯಿತು. ವೇಳಾಪಟ್ಟಿ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ನಗರದ ಪ್ರತಿಸ್ಪರ್ಧಿಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ವಿಭಾಗಗಳಿಗೆ ದುರಂತದ ಹಣವನ್ನು ಹೊಂದಿಸಬೇಕಿತ್ತು ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವವರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಅನಕ್ಷರಸ್ಥ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ದುರಂತದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ವಿಭಾಗಗಳಿಗೆ ಮಾಡುವ ಖರ್ಚು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಖರ್ಚಿನ ವೆಚ್ಚವು ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಬಡತನದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ.

ಕುಲಾಸ್ತೆ ಬಾಲ್ಡೆವ್, ಚೌರಶಿಯಾ ದಿನೇಶ್ (2019) ಅವರು ತಮ್ಮ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ತಾಯಂದಿರ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಆಗುವ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಹಣದ ಮೂಲವನ್ನು ವರದಿ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಬಯಸುವ ನಡವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಸರಾಸರಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಿಪಿ) ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡುವ ಗುರಿ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಅಧ್ಯಯನ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ಸೇವೆಗಳು ಮತ್ತು ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಕುರಿತು ಜನನಿ ಶಿಶು ಸುರಕ್ಷಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ (ಜಿಎಸ್‌ಎಸ್‌ಕೆ) ಹಣ ಮತ್ತು ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಮಧ್ಯ ಪ್ರದೇಶ ರಾಜ್ಯದ ದಿಂಡೋರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಎರಡು ವಿಭಿನ್ನ ಬ್ಲಾಕ್‌ಗಳ ಎಂಟು ಹಳ್ಳಿಗಳಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ದತ್ತಾಂಶವು ಅತ್ಯಧಿಕ ಮನೆ ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಕಡಿಮೆ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಏಕಸ್ವಾಮ್ಯ ಮತ್ತು ಬಿವಾರಿಯೇಟ್ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಸರಾಸರಿ ಖರ್ಚು ರೂ. 281 ಎಂದು ಅವರು ಅಂದಾಜಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ತೊಡಕುಗಳ ಖರ್ಚು ಮೂರು ಪ್ರಮುಖ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಬಂದಿದೆ, ಅಂದರೆ, ಸಂಪೂರ್ಣ ಸಾಲ, ಉಳಿತಾಯ ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರಿ ಯೋಜನೆಯ ಮೂಲಕ. ಕಿಸಯ ಖರ್ಚು (ಒಬಿಪಿ) ಅನ್ನು ತಗ್ಗಿಸಲು ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರವು ಜಿ ಎಸ್ ಎಸ್ ಕೆ ಅನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುತ್ತದೆ, ಆದರೆ ಆರು ವರ್ಷಗಳ ನಂತರವೂ ಒಬಿಪಿ ಅನ್ನು ತಗ್ಗಿಸಲು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಲಿಲ್ಲ.

ಸರಿತ್ ಕುಮಾರ್ ರೂಟ್ ಮತ್ತು ಸಂದೀಪ್ ಮಹಾಪಾತ್ರ (2019) ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಮನೆಯವರು ಮಾಡಿದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುತ್ತಾರೆ. ಈ ವರದಿಯು ಒಡಿಶಾದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕುಟುಂಬ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆ (ಎನ್‌ಎಫ್‌ಎಚ್‌ಎಸ್) 4 ನೇ ಸುತ್ತಿನ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಆಧರಿಸಿದೆ. ಒಡಿಶಾದಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಿಪಿಇ) ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಎಂದು ಅವರು ಕಂಡುಕೊಂಡರು. ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷ ಯೋಜನೆ (ಜಿಎಸ್‌ವೈ) ನಂತರ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಹೊರತಾಗಿಯೂ, ಬಹುಪಾಲು ಜನರು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ಮಕ್ಕಳ ಹೆರಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಿಪಿಇ) ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವಿತರಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿತ್ವದ ಬಗ್ಗೆ ಹಲವಾರು

ಸಂಬಂಧಿತ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಹುಟ್ಟುಹಾಕಿತು. ಆದ್ದರಿಂದ, ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಪ್ರವೇಶಿಸುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಹಿತದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಹಣಕಾಸಿನ ರಕ್ಷಣೆ ಅಗತ್ಯ.

ಅನುಪ್ ಕರಣ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (2017) ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಮೇಲೆ ಆರ್ಎಸ್‌ಬಿವೈನ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾದರಿ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಸಂಸ್ಥೆ (ಎನ್‌ಎಸ್‌ಎನ್‌ಒ) (ಯ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯತೆ ಪ್ರಾತಿನಿಧ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಮತ್ತು ದಾಖಲಾತಿ ಕುರಿತು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಆರ್ಎಸ್‌ಬಿವೈ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ದತ್ತಾಂಶದಿಂದ 3 ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ (1999-2000, 2004-05 ಮತ್ತು 2011-12) ಮನೆಯ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಅಧ್ಯಯನವು ಬಳಸುತ್ತದೆ. ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಅವರು ವಿಭಿನ್ನ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದರು. ಆರ್ಎಸ್‌ಬಿವೈ ಒಳ ರೋಗಿಗಳ ಪಾಕೆಟ್ ಖರ್ಚು, ಪಾಕೆಟ್ ಖರ್ಚಿನ ಮಟ್ಟ ಅಥವಾ ರೋಗಿಗಳ ದುರಂತದ ಖರ್ಚಿನ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ. ಆರ್ ಎಸ್ ಬಿ ವೈ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಹೊರರೋಗಿಗಳ ಖರ್ಚಿನ ಸಂಭವನೀಯತೆಯಿಂದ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಲಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಆರ್ಎಸ್‌ಬಿವೈ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಿಂದ ಯಾವುದೇ ಖರ್ಚು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಏರಿಕೆಯಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಇದು ಮನೆಯ ವೈದ್ಯಕೀಯೇತರ ಖರ್ಚನ್ನು ಶೇಕಡ 5 ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆ ಎಂದು ಅವರು ಈ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅಂತಿಮವಾಗಿ, ಬಡ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಹೊರೆ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಆರ್ಎಸ್‌ಬಿವೈ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿಲ್ಲ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ತೀರ್ಮಾನಿಸಿದೆ.

ಶುಕ್ಲಾ ಎಂ ಮತ್ತಿತರರು (2015) ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ನಿರ್ಣಯಕಾರರು ಮಾಡಿದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಅಂದಾಜು ಮಾಡಿದೆ. ಲೇಖಕರು ಸಮುದಾಯ ಆಧಾರಿತ ಅಡ್ಡ-ವಿಭಾಗದ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಡೆಸಿದರು, ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಒಟ್ಟು 272 ಕುಟುಂಬದ ಮಹಿಳೆಯರ ವಿವರವನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನ ಹೊಂದಿದೆ. ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಿಂದ ಸರಾಸರಿ ಲೆಕ್ಕಾಚಾರದ ಅಧ್ಯಯನವು ರೂ. 1406.04 ಶ 103.27 ಔಷಧಗಳು, ಪ್ರಯಾಣ, ರೋಗಶಾಸ್ತ್ರೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಮತ್ತು ಅನಧಿಕೃತ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡುವುದು. ತಳ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರ್ಥಿಕ ವರ್ಗ, ಹೆರಿಗೆ ಸ್ಥಳದ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲಿನ ಪ್ರದೇಶದ ಹೊರಗಿನ ನಿವಾಸ, ಹೆರಿಗೆ ಸ್ಥಳವಾಗಿ ತೃತೀಯ ಮತ್ತು ದ್ವಿತೀಯಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರೌಢ ಶಾಲೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿನ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸ ಹೊಂದಿರುವ ಕುಟುಂಬದ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರ ಕಡಿಮೆ ಸಾಕ್ಷರತೆಯ ಸ್ಥಿತಿ ಮುಂತಾದವು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಂಶಗಳು. ಸರ್ಕಾರವು ಹಲವಾರು ಉಚಿತ ವೆಚ್ಚದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸುತ್ತಿದ್ದರೂ, ಜನರು ತಮ್ಮ ಜೀವನದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚವಾಗಿ ಪಾವತಿಸುತ್ತಾರೆ. ಈ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ಭರಿಸಲು, ಕುಟುಂಬಗಳು ಹಣವನ್ನು ಎರವಲು ಪಡೆಯುತ್ತವೆ, ತಮ್ಮ ಆಸ್ತಿ ಮತ್ತು ಭದ್ರತೆಗಳನ್ನು ಮಾರಾಟ ಮಾಡುತ್ತವೆ, ಇದರಿಂದಾಗಿ ಕುಟುಂಬಗಳು ಸಾಕಷ್ಟು ತೊಂದರೆ ಅನುಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಅನಧಿಕೃತ ಪಾವತಿ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ ಮತ್ತು ಈ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಮನೆಗಳಿಗೆ ನಿಭಾಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

ಜಯ ಪ್ರಸಾದ್ ತ್ರಿಪಾಠಿ ಮತ್ತು ಇತರರು (2017) ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವುದರಿಂದ ಒಬ್ಬ ಖರ್ಚಿನ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಅಧ್ಯಯನವು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು 2014 ರಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾದರಿ ಸಮೀಕ್ಷಾ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಮೂಲಕ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದೆ. ಈ ಸಮೀಕ್ಷೆಯು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಬಳಕೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ಆದಾಯದ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಕಳೆದ ಒಂದು ವರ್ಷದ ಆಸ್ವತ್ತೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ, ವಾರ್ಷಿಕ ಬಳಕೆ ವೆಚ್ಚದ ಶೇಕಡ 10 ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು. ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿ) ವೆಚ್ಚವನ್ನು ದುರಂತ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹೆರಿಗೆ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚದಿಂದಾಗಿ ಆಸ್ವತ್ತಿಗೆ ದಾಖಲಾದ ಅಧ್ಯಯನವು ಯುನಿಟೆಡ್ ಸ್ಟೇಟ್ಸ್ ಡಾಲರ್ (\$) 54 ಆಗಿತ್ತು. ಶ್ರೀಮಂತ ಕುಟುಂಬಗಳು ಬಡ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗಿಂತ ಆರು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಖಾಸಗಿ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿ) ಖರ್ಚು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯಕ್ಕಿಂತ ಒಂಬತ್ತು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಆಸ್ವತ್ತಿಗೆ ದಾಖಲು ಮಾಡುವ ಸೌಲಭ್ಯವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಆಸ್ವತ್ತಿಗೆ ದಾಖಲಾಗುವುದಕ್ಕಿಂತ ದುರಂತದ ಖರ್ಚಿನ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ (ಶೇಕಡ 60 ಮತ್ತು ಶೇಕಡ 7 ರಷ್ಟು). ಪರೋಕ್ಷ ವೆಚ್ಚಗಳು (ಸಾರಿಗೆ, ಔಷಧಿ ಮತ್ತು ಇತರ ವೆಚ್ಚಗಳು) ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯದ ಆಸ್ವತ್ತಿಗೆ ದಾಖಲಾದ ಒಟ್ಟು ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಅತಿದೊಡ್ಡ ಪಾಲನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ. ನಗರ ನಿವಾಸ, ಕಡಿಮೆ ಸಂಪತ್ತು ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ವತ್ತೆಯಿಂದ ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು ದುರಂತ ವೆಚ್ಚದೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದೆ. ಅಂತಿಮವಾಗಿ, ದುರಂತ ವೆಚ್ಚದ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಬಡವರ ಪರ ಗುರಿಯೊಂದಿಗೆ ನಗದು ವರ್ಗಾವಣೆ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನವು ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡಿದೆ.

ಮಿಶ್ರ ಎಸ್ ಮತ್ತು ಮೊಹಂತಿ ಎಸ್ ಕೆ (2019) ರಾಜ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಗುಂಪುಗಳಾದ್ಯಂತ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದ್ದಾರೆ. ನಾಲ್ಕನೇ ಸುತ್ತಿನ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕುಟುಂಬ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆ (ಎನ್‌ಎಫ್‌ಹೆಚ್‌ಎಸ್ 4) ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿಇ) ಮತ್ತು ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಗಳಿಗೆ ತೊಂದರೆಯ ಹಣಕಾಸು ಪ್ರವೃತ್ತಿಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಬಳಸುವುದು. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗೆ ತೊಂದರೆಯ ಹಣಕಾಸಿನ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲು ಸಂಯೋಜಿತ ಅಸ್ಥಿರಗಳು, ವಿವರಣಾತ್ಮಕ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಳು, ಏಕಾಗ್ರತೆ ಸೂಚ್ಯಂಕ (ಸಿಐ), ಸಾಂದ್ರತೆಯ ಕರ್ವ್ (ಸಿಸಿ) ಮತ್ತು ಸಹಿಸಲಾದ ಸಂಭವನೀಯತೆಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿಇ) ನು ಪೂರೈಸಲು ನಾಲ್ಕು ತಾಯಂದಿರಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬರು ಸಾಲ ಮತ್ತು ಮಾರಾಟ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ. ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಹಿಂದುಳಿದ ರಾಜ್ಯಗಳಾದ ಬಿಹಾರ ಮತ್ತು ಒಡಿಶಾದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ತೆಲಂಗಾಣ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯಲ್ಲಿನ ಸಂಕಷ್ಟದ ಹಣಕಾಸಿನ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯು ಅಧಿಕವಾಗಿತ್ತು. ಬಡತನದ ಸಂಪತ್ತಿನ ಕ್ವಾಟೈಲಿ ಸೇರಿದ ತಾಯಂದಿರಲ್ಲಿ 0.31 ರಷ್ಟಿದ್ದರೆ, ಶ್ರೀಮಂತ ಕ್ವಾಟೈಲಿಯಲ್ಲಿ 0.09 ಮತ್ತು ರೂ. 20,000 ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿಇ) ಪಡೆದವರಿಗೆ 0.04. ಸಿಸೀರಿಯನ್ ಜನನ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ವತ್ತೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ತಾಯಿ ತೊಂದರೆ ಹಣಕಾಸು ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ವಿತರಣೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿಇ) ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಕ್ರಿಸ್ಟಿ ಸಿಡ್ನಿ ಮತ್ತು ಇತರರು (2016) ಅಧ್ಯಯನವು ಜಿಎಸ್‌ವೈ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಮನೆ ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶದ ಎರಡು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗೆ (ಒಬಪಿಇ) ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುತ್ತದೆ. ಹೆರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು, ಸಾಮಾಜಿಕ-ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿತ ಮಾಹಿತಿಯು ಅಡ್ಡ-ವಿಭಾಗದ ಸಮುದಾಯ ಆಧಾರಿತ ಸಮೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ನಡೆಸಲಾಯಿತು, ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು (ಸೆಪ್ಟೆಂಬರ್ 2013 ರಿಂದ ಏಪ್ರಿಲ್ 2015) ಸಂದರ್ಶನ ಮಾಡಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನವು ಶೇಕಡ 84ರಷ್ಟು, ಜಿಎಸ್‌ವೈ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಶೇಕಡ 16 ರಷ್ಟು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾಗಿದೆ. ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ತಾಯಂದಿರಿಗೆ (6 ಡಾಲರ್) ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಜಿಎಸ್‌ವೈ

ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸರಾಸರಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು (ಒಬಪಿ) 8 (ಡಾಲರ್) ಔಷಧಿಗಾಗಿ ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಶ್ರೀಮಂತ (10 ಡಾಲರ್) ಗಿಂತ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಲಾಭ (20 ಡಾಲರ್) ಜೀವಿಸ್ತೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಾದ ಬಡ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಇದೆ. ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿಗಳು (ಶೇಕಡ 64 ರಷ್ಟು) ಮಗು / ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳಿಗೆ (ಶೇಕಡ 77 ರಷ್ಟು) ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿಇ) ನ ಎರಡು ಸಾಮಾನ್ಯ ಮೂಲಗಳಾಗಿವೆ. ಜೀವಿಸ್ತೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಡಿದ ಒಬಪಿ ಬಡವರ ಪರವಾಗಿತ್ತು: ಶ್ರೀಮಂತ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಬಡ ಮಹಿಳೆಯರು ಪ್ರಮಾಣಾನುಗುಣವಾಗಿ ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ.

ಎಸ್. ಗೋಪಾಲಕೃಷ್ಣನ್, ಎ. ಬ್ರಾಂಚ್ ಇಮ್ಯಾನುಯೆಲ್ (2018) ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ವಿಮರ್ಶಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಭವಿಷ್ಯದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ನೂರು ಪ್ರತಿಶತದಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಸಾಧಿಸುವ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗಾಗಿ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಮ್ ಒಂದು ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಸಶಕ್ತಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿದೆ, ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಸೂಚಕಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ. ಸಮುದಾಯದ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯ ಅಗತ್ಯವನ್ನು ಪುನರುಚ್ಚರಿಸುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸೂಚಕಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು ಮಾದರಿ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ತರಲು ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಒಂದು ಪ್ರವರ್ತಕವಾಗಿದೆ, ಇದನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿನ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸಮಂಜಸವಾಗಿ ಸಾಧಿಸಲಾಗಿದೆ. ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಮ್ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯಕ್ಕೆ ಅಡಿಪಾಯ ಹಾಕಿತು ಮತ್ತು ತಾಂತ್ರಿಕ ಅಂಶಗಳ ಮೇಲೆ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಪಡೆಗಳನ್ನು ಸುವ್ಯವಸ್ಥಿತಗೊಳಿಸುವತ್ತ ಗಮನಹರಿಸುವ ಯೋಜನೆಗಳು ಮತ್ತು ನೀತಿಗಳು, ಇದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯವನ್ನು ಉಳಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ನಿರ್ಣಾಯಕವಾಗಿದೆ. ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಮ್ ಜೊತೆಗೆ, ಸುಸ್ಥಿರ ಖಾಸಗಿ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಹಭಾಗಿತ್ವವನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸುವತ್ತ ಗಮನ ಹರಿಸಬೇಕಿದೆ, ಇದು ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ದೇಶದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ತತ್ವಗಳು ಮತ್ತು ಗುರುತಿನ ಬಗ್ಗೆ ರಾಜಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ, ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸುವ ಅನೇಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗುರಿಗಳು.

ನೀತು ತ್ರಿಪಾಠಿ, ಸುಷ್ಮಾ ಕುಮಾರಿ ಸೈನಿ ಮತ್ತು ಶಂಕರ್ ಪ್ರಿಂಜಾ (2013) ಭಾರತದ ಚಂಡೀಗಡದ ನಗರ ಕೊಳೆಗೆರಿ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಪೆರಿನಾಟಲ್ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಜೀವಿನ ಖರ್ಚಿನ ಮೇಲೆ ಜನನಿ ಶಿಶು ಸುರಕ್ಷ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ (ಜಿಎಸ್‌ವೈ) ಯ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುತ್ತಾರೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಜೂನ್ 2010 ರಿಂದ ಜೂನ್ 2012 ರವರೆಗೆ ಜನ್ಮ ನೀಡಿದ 425 ಮಹಿಳೆಯರಿಂದ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಕಾರ, ವಿತರಣಾ ವೆಚ್ಚವು ಜಿಎಸ್‌ವೈ ಮತ್ತು ನಂತರದ ಜಿಎಸ್‌ವೈ ನಡುವಿನ ಪೂರ್ವ ಮತ್ತು ನಂತರದ ಹಸ್ತಕ್ಷೇಪದ ನಡುವಿನ ರೂ .5342 ರಿಂದ 3565 ಕ್ಕೆ ಇಳಿದಿದೆ. ಅವಧಿಗಳು. ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಸರಾಸರಿ ರೂ. 4951 ರಿಂದ ರೂ. ಪೂರ್ವ ಮತ್ತು ನಂತರದ- ಜಿಎಸ್‌ವೈ ಅವಧಿಯ ನಡುವೆ 4892 ರೂ. ಅಂತಿಮವಾಗಿ, ಜಿಎಸ್‌ವೈ ಪರಿಚಯವು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಿಂದ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ತೀರ್ಮಾನಿಸಿತು; ಅಪಾಯದ ರಕ್ಷಣೆಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯು ಅಸಮರ್ಪಕವಾಗಿದೆ. ಜಿ ಎಸ್ ಎಸ್ ಕೆ ಸ್ವಂತ (ಒಬಪಿ) ಖರ್ಚು ಕಡಿತದ ಮೂರನೇ ಒಂದು ಭಾಗದ ಹೊರತಾಗಿ, ಒಟ್ಟಾರೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿಇ) ಮಟ್ಟವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಸುರೇಶ್ ಶರ್ಮಾ ಮತ್ತು ಮನೀಶಾ ಬೋತ್ರಾ (2016) ಅಧ್ಯಯನವು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಮಾಡಿದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಿಂದ ಜನನಿ ಶಿಶು ಸುರಕ್ಷ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ (ಜಿ ಎಸ್ ಎಸ್ ಕೆ) ದ ಪರಿಣಾಮ ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಜಿ ಎಸ್ ಎಸ್ ಕೆಯ ವಿವಿಧ ಘಟಕಗಳ ಮೇಲೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಒಟ್ಟುಗೂಡಿಸಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸಿದ ಮಟ್ಟ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯು ಆಹಾರ, ಸಾರಿಗೆ, ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮತ್ತು ಔಷಧಿಗಳ ಮೇಲೆ ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಒಟ್ಟಾಗಿ ಮಾಡಿದ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಮೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ದೆಹಲಿಯ ವಿವಿಧ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಸಲಾಯಿತು. ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ. ರೋಗನಿರ್ಣಯದ ಮೇಲೆ ಪ್ರಮುಖ ವೆಚ್ಚಗಳು ಇದ್ದವು, ಇದು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಮುರಿತದ ಅಡಚಣೆಗಳಲ್ಲಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗಳ ಕೊರತೆ, ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಔಷಧಿಗಳ ಲಭ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ತಲುಪಲು ಸಾರಿಗೆಯ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಔಷಧಿಗಳ ಖರೀದಿಯಾಗಿದೆ. ಜಿ ಎಸ್ ಎಸ್ ಕೆ ಯ ಅಂತಿಮ ಗುರಿಯಾಗಿರುವ ವಿಭಿನ್ನ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ ಮತ್ತು ಅಡಚಣೆಯನ್ನು ವರದಿಗಾರರು ಪರಿಶೀಲಿಸುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಸ್ವಂತ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಮಾರ್ಗಗಳನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ದೀಪ್ತಿ ಗೋವಿಲ್, ನೀತು ಪುರೋಹಿತ್ ಮತ್ತು ಎಸ್. ಡಿ. ಗುಪ್ತಾ (2013) ಇವರ ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವುದರಿಂದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ತಗ್ಗಿದೆ, ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ (ಜಿಎಸ್‌ವೈ) ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕಗಳು ಒಟ್ಟು ವೆಚ್ಚದ ಹೊರೆಯನ್ನು ಎಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲಾಗಿದೆ. ಭಾರತದ ರಾಜಸ್ಥಾನದ ನಾಲ್ಕು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಅಡ್ಡ-ವಿಭಾಗದ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಡೆಸಲಾಯಿತು. ಅಧ್ಯಯನ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲು ಮಲ್ಟಿಸ್ಟೇಜ್ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಅವರ ಪ್ರದರ್ಶನಗಳು ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಅಧ್ಯಯನ ಜಿಲ್ಲೆಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ- ಎರಡು ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಮತ್ತು ಇತರೆ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಕಡಿಮೆ. ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಶೇಕಡಾವಾರು ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ವಿವರಣಾತ್ಮಕ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಮಾಣವು ಶೇಕಡಾ 83 ರಷ್ಟಿದೆ, 62 ಪ್ರತಿಶತ ತಾಯಂದಿರು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಬಳಸುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು 21 ಪ್ರತಿಶತ ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ 96 ಪ್ರತಿಶತ ತಾಯಂದಿರು ಜಿಎಸ್ವೈ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಪಡೆದರು. ಒಂದು ಕುಟುಂಬವು ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಸರಾಸರಿ 36.7 ಡಾಲರ್‌ಗಳನ್ನು ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆಯ ಸ್ಥಳ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಿಂದ ಭಿನ್ನವಾಗಿದೆ. ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಂದ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದ ಮಹಿಳೆಯರು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಿಪಿಇ) ಅಮೇರಿಕಾದ ಡಾಲರ್ 60.6 ಆಗಿತ್ತು, ಇದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಂದ (ಡಾಲರ್ 24.8) ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಿಂತ ಸುಮಾರು ಎರಡೂವರೆ ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಂದ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ / ಗರ್ಭಿಣಿ (ಎಎನ್ಐ) ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದ ಸರಾಸರಿ ಖರ್ಚು 44.5 ಡಾಲರ್. ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೇ ನಡೆಸಿದರೆ, ಒಂದು ಕುಟುಂಬವು ಸುಮಾರು 8.7 ಡಾಲರ್‌ಗಳನ್ನು ಖರ್ಚು ಮಾಡಬೇಕಾಯಿತು ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯು ಡಾಲರ್ 48.4 ರಷ್ಟಿದೆ. ಸರಾಸರಿ ಖರ್ಚು ಎರಡರ

ನಡುವೆ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಭಿನ್ನವಾಗಿದೆ. ಒಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಗಳು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಕಾರಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿವೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಿದೆ, ಆದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಖರ್ಚು ಆದಾಯದ ಗುಂಪಿನ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಭಿನ್ನವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದಾಯದ ದೇಶಗಳು 1995 ರಿಂದ 2014 ರವರೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮ ಮತ್ತು ಕಡಿಮೆ ಆದಾಯದ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಅತಿದೊಡ್ಡ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ.

ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅಧ್ಯಯನಗಳ ವಿಮರ್ಶೆಗಳು

ಇಮ್ಲಾಕ್ ಶೇಖ್ ಮತ್ತು ಶಬ್ದಾ ಸಿಂಗ್ (2016), ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ದಕ್ಷಿಣ ಏಷ್ಯಾದ ಏಳು ದೇಶಗಳಾದ ನೇಪಾಳ, ಬಾಂಗ್ಲಾದೇಶ, ಭೂತಾನ್, ಮಾಲ್ಡೀವ್ಸ್, ಶ್ರೀಲಂಕಾ, ಪಾಕಿಸ್ತಾನ ಮತ್ತು ಭಾರತದಲ್ಲಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ತಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಹೋಲಿಸಲು ವಿವರಣಾತ್ಮಕ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹೊರಗಿನ ಖರ್ಚಿನ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಅಂಶಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಲೇಖಕರು ಹಿಂಜರಿತ (ಡಿಜರಡಿಜುರಟಿ) ಮಾದರಿಯನ್ನು ಬಳಸುತ್ತಾರೆ. ಸ್ವಂತ-ಹೊರಗಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಖರ್ಚು, ಜೇಬಿನಿಂದ ಹೊರಗಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ತಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ (ಪ್ರಸ್ತುತ ಯುಎಸ್ \$) ನಂತರ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಳಿಗೆ ನಿಯತಾಂಕವು ಬಳಸುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಲಾಗ್ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಲು ಸ್ವಂತ-ಹೊರಗಿನ ಖರ್ಚಿನ ಲಾಗರಿಥಮ್ ಮೌಲ್ಯಗಳನ್ನು ಸಹ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮಾಲ್ಡೀವ್ಸ್ ತಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಹೊಂದಿದೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲಿನ ಒಟ್ಟು ಖರ್ಚಿನ ಶೇಕಡಾವಾರು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಭಾರತವು ಹೊಂದಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ (ಹೇಳಿಕೆ ಅಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆಯೇ?). ಕೊನೆಯದಾಗಿ ಪಾಕಿಸ್ತಾನ ಖರ್ಚಿನ ಪ್ರಮುಖ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಅಂಶಗಳು ಜಿಡಿಪಿಯ ಶೇಕಡಾವಾರು ಅಂತಿಮ ಮನೆಯ ಖರ್ಚು.

ಎಮಿಲಿ ಜೆ ಕ್ಯಾಲಾಂಡರ್ ಮತ್ತು ಹೇಲೀ ಫಾಕ್ಸ್ (2017) ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯಾದ ಕ್ಷೀಣಾಂಕ್ಷದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಬಾಲ್ಯದ ಬಾಲ್ಯದೊಂದಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸ್ವಂತ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವುದು. 1 ಜುಲೈ 2012 ಮತ್ತು 30 ಜೂನ್ 2016 ರ ನಡುವೆ ಕ್ಷೀಣಾಂಕ್ಷದಲ್ಲಿ ಜನ್ಮ ನೀಡಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಅವರ ಫಲಿತಾಂಶದ ಮಕ್ಕಳ ಕ್ಷೀಣಾಂಕ್ಷ ಪರಿನಾಟಲ್ ಡಾಟಾ ಕಲೆಕ್ಷನ್ನಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ದತ್ತಾಂಶ. ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ನಿರ್ಣಯಿಸಲು ರೇಖೀಯ ಹಿಂಜರಿತ (ಟುಟಿಜಿಡಿ ಡಿಜರಡಿಜುರಟಿ) ಮಾದರಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಫಲಿತ ಮಾಡೆಲಿಂಗ್ ತಂತ್ರಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಗುರುತಿಸುವಿಕೆ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರ ಭೌಗೋಳಿಕ ಸ್ಥಳದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಪ್ರಸ್ತುತ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳ ಸ್ವಂತ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವೆಚ್ಚವು ಮಾತೃತ್ವ ಮತ್ತು ಬಾಲ್ಯದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ. ಸ್ಥಳೀಯ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯೇತರ ರೋಗಿಗಳು, ಕಡಿಮೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳು ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣೇತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ರೋಗಿಗಳು ಒಂದೇ ರೀತಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು.

ಅನ್ನಾ ಎಲ್. ಗೋಲ್ಡನ್, (2018) ಎಸಿಎ ಅನುಷ್ಠಾನದ ನಂತರ ದೇಶಾದ್ಯಂತ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಮನೆಯ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಿದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಖರ್ಚು ಸಮಿತಿ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ದತ್ತಾಂಶ. ಎಸಿಎ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ವಿಸ್ತರಣೆಯ ನಂತರ ಕಿಸೆಯಿಂದ ಹೊರಗಿನ ಖರ್ಚು, ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಕೊಡುಗೆಗಳು ಮತ್ತು ಒಟ್ಟು

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಗಳಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲು ಮಲ್ಟಿವೇರಿಯಬಲ್ ರಿಗ್ರೆಷನ್ ಅನ್ನು ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಫೆಡರಲ್ ಬಡತನ ಮಟ್ಟದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಎಸಿಎ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾದ ಆದಾಯದ ಪ್ರತಿ ಫಲಿತಾಂಶ ಮತ್ತು ಖರ್ಚು ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ಣಯಿಸಲಾಯಿತು. ಎಸಿಎ ಅನುಷ್ಠಾನವು ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚಿನ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚಿನೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಹೇಳುತ್ತದೆ. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಈ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಹೊರ ಹೊರಗಡೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಖರ್ಚನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಎಸಿಎ ಹಿಂತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಅಥವಾ ಗಣನೀಯ ಹಿಮ್ಮುಖವು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಬಡ ಮತ್ತು ಕಡಿಮೆ-ಆದಾಯದ ಅಮೆರಿಕನ್ನರಿಗೆ ಹಾನಿ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಎಂಬುದು ವರದಿಯಾಗಿದೆ.

ಯು ಎಕ್ಸ್ ಮತ್ತು ಕೋಬಯಾಶಿ ವೈ. (2011) ಚೀನಾದಲ್ಲಿ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಖರ್ಚಿನ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಅಂದಾಜಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ದತ್ತಾಂಶ, ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶದ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಮೂಲಕ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ದತ್ತಾಂಶ, ವಯಸ್ಕರು > 18 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ 9860 ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ನಿರ್ಧಾರವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಹೆಕ್ಮನ್ ಟೇಬಲ್ 4.9 ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡರಿಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಪಾವತಿಸುವುದನ್ನು ವರದಿ ಮಾಡದ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸುವ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಆಧರಿಸಿರುವುದು ಯಾವುದು? ಸ್ವಂತ ಸರಾಸರಿ ಖರ್ಚು ಚೀನಾ ಯುವಾನ್ (ವೈ) (ವೈ 100 = ಡಾಲರ್ ಯುಎಸ್ 12.2 ರಲ್ಲಿ 2004) ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಜನರು ಹೆಚ್ಚು ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದರು, ವಿಶೇಷವಾಗಿ 65 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟವರು. ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವವರು, ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದಾಯವನ್ನು ಗಳಿಸಿದವರು, ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವವರು, ರಾಸ್ಪರ್ ಪ್ರದೇಶದ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದರು, ಅಥವಾ ಮನೆ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರೊಂದಿಗೆ ಮನೆಯೊಂದರಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದರು, ಮಧ್ಯಮ ಶಾಲೆ ಅಥವಾ ಉನ್ನತ ಶಿಕ್ಷಣವು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಪಾವತಿಸಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಹೇಳುತ್ತದೆ. ಚೀನಾದಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ವೃದ್ಧರಿಗೆ ಸೂಕ್ತವಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಹಾರ ನೀತಿಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಲು ಅವರು ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ್ದಾರೆ.

ವಾಯ್ ಹಾನ್, ಎಟ್, ಅಲ್ (2016) ವಾಯ್ ಹಾನ್ ಮತ್ತಿತರರು (2016) ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ತಾಯಂದಿರ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಕುಟುಂಬಗಳ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಮತ್ತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಿಂದ ತಾಯಿ, ನವಜಾತ ಶಿಶು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ (ಎಂಎನ್ಎಚ್) ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹಕ್ಕಾಗಿ, ಅಯ್ಯುವಾಡಿ ಪ್ರದೇಶದ ಡೆಡೇ ಟೌನ್ಯಿಷ್ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ 2015 ರಲ್ಲಿ ಅಡ್ಡ-ವಿಭಾಗದ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ. 331 ತಾಯಂದಿರ ಕುಟುಂಬಗಳು ಮಾಡಿದ ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಸ್ವಂತ ವೆಚ್ಚದಿಂದ ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಎಂಎನ್ಎಚ್ ಆರೈಕೆಯ ಬಳಕೆಯ ಕುರಿತು ಅಧ್ಯಯನ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿನ ಅಸಮಾನತೆಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನವು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುತ್ತದೆ. ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಕ್ಕಳು ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ನುರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಪೂರೈಕೆದಾರರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪಡೆದರು. ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ. ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣಗಳಲ್ಲಿ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ, ನುರಿತ ಜನನ ಪರಿಚಾರಕರು ಮತ್ತು ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಆರೈಕೆಯ ಕಡಿಮೆ ಬಳಕೆ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ, ಮತ್ತೊಂದೆಡೆ ತಾಯಿಯ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳ ಬಳಕೆಯು ಹೆಚ್ಚಿನ ಖರ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಬಳಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿವೆ ಆದರೆ ನುರಿತ ಪೂರೈಕೆದಾರರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಬಳಕೆಯು ಈ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆಯಿದೆ. ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯು ಮನೆ ಹೆರಿಗೆಗಿಂತ ಸುಮಾರು ಏಳು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರಿಸುವುದು ಮನೆಗಳಿಗೆ ಅತ್ಯಂತ ದುಬಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲು ಮಾಡುವ ಸರಾಸರಿ ವೆಚ್ಚ 120,900 ಕ್ಯಾಟ್ಸ್ ಆಗಿದೆ. ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಜೇಬಿನ ಖರ್ಚಿನಿಂದಾಗಿ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ಆರ್ಥಿಕ ದುರಂತ ಸಂಭವಿಸಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ವರದಿ ಮಾಡಿದೆ. ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಅಟೆಂಡೆಂಟ್ ಇಬ್ಬರಿಗೂ ಔಷಧಿಗಳು, ತನಿಖೆ, ಪ್ರಯಾಣ ಮತ್ತು ಊಟಕ್ಕೆ ಖರ್ಚನ್ನು ಮನೆಯವರು ಮರುಪಾವತಿಸಿದ್ದಾರೆ. ತುರ್ತು ಉಲ್ಲೇಖಿತ ಬೆಂಬಲದಿಂದಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಪಾವತಿಯ ಕಡಿತವು ಎರಡನೆಯ-ಕಡಿಮೆ ಕ್ಷಿಂಟೈಲ್ನಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಪ್ರಮುಖವಾದುದು ಮತ್ತು ಕಡಿತವು ಇತರ ಕ್ಷಿಂಟೈಲ್ನಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಹೋಲುತ್ತದೆ. ಮನೆಯ ಖರ್ಚಿನಿಂದ ತಾಯಿ, ನವಜಾತ ಶಿಶು ಹಾಗೂ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ (ಎಮ್‌ಎನ್‌ಸಿಎಚ್) ಆರೈಕೆ ವೆಚ್ಚದ ಪಾಲು ಕಡಿಮೆ ಕ್ಷಿಂಟೈಲ್ನಲ್ಲಿದ್ದರೂ, ಈ ಕ್ಷಿಂಟೈಲ್ನ ಕುಟುಂಬಗಳು ತುರ್ತು ಉಲ್ಲೇಖಿತ ಬೆಂಬಲದಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲಿಲ್ಲ.

ಜಹಾಂಗೀರ್ ಎ ಎಂ ಖಾನ್ (2017) ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ (ಸಿಎಚ್‌ಇ (ಮೇಲೆ ಸ್ವಂತ (ಒಒಪಿ) ಖರ್ಚಿನ ಪರಿಣಾಮ ಮತ್ತು ಬಾಂಗ್ಲಾದೇಶದ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿ (ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ) ಗೆ ಎಫ್‌ಆರ್‌ಪಿಯ ಬಡತನದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡುವ ಗುರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಮನೆಯ ಬಳಕೆ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಪ್ರತಿನಿಧಿ ಗೃಹ ಆದಾಯ ಮತ್ತು ಖರ್ಚು ಸಮೀಕ್ಷೆ 2010 ಅನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡಿತು. ಮನೆಗಳಿಗೆ ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ (CHE) ಅನ್ನು ಎದುರಿಸುವ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರ್ಥಿಕ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಿಂದ ಊಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮೂಲ ಅಗತ್ಯತೆಯ ವೆಚ್ಚದಿಂದ ಅಳಿಯುವ ಬಡತನ ರೇಖೆಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಬಡತನದ ಮುಖ್ಯ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಒಟ್ಟು ಮನೆಯ ಬಳಕೆ ವೆಚ್ಚ ಬಳಸಿಕೊಂಡು 'ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಒಪಿ) ಪಾವತಿ ಇಲ್ಲದೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಒಪಿ) ಪಾವತಿಯ ಸಮೃದ್ಧ ವಿತರಣೆ ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಬಾಂಗ್ಲಾದೇಶದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಬಡ-ಪರ ವಿತರಣೆಯು ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ (CHE) ವಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ, ಆದರೆ ಮೊದಲಿನವರು ಹೆಚ್ಚಿನ ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ (CHE) ವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು. ಸ್ವಂತ ವೆಚ್ಚ (ಒಒಪಿ) ಪಾವತಿಗಳಿಂದಾಗಿ ಬಡತನದ ಹೆಡ್‌ಲೈನ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿ (ಯುಹೆಚ್‌ಸಿ) ಗೆ ಎಫ್‌ಆರ್‌ಪಿ ಪಡೆಯಲು ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಬಾಂಗ್ಲಾದೇಶದ ಬಡತನ ನಿವಾರಣೆಗೆ ಬಾಂಗ್ಲಾದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಒಪಿ) ಪಾವತಿಗಳ ಮೇಲಿನ ಅವಲಂಬನೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಿದೆ.

ಬೋಲಾಜಿ ಸ್ಯಾಮ್ಸ್ ಅರೆಗೈಶೋಲಾ 1 ಮತ್ತು ಸಮಿನಾ ಮೊಹ್ಸಿನ್ ಖಾನ್ (2018) ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ನೈಜೀರಿಯಾದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಒಪಿ) ಆರೋಗ್ಯ ಪಾವತಿಗಳ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದ್ದಾರೆ. ನೈಜೀರಿಯಾದಲ್ಲಿನ ಮನೆಗಳ ಮೇಲೆ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಒಪಿ) ಆರೋಗ್ಯ ಪಾವತಿಗಳ ಬಡತನ ಮತ್ತು ದುರಂತ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು 2009-10ರ ಹಾರ್ಮೋನೈಸ್ಡ್ ನೈಜೀರಿಯಾ ಲಿವಿಂಗ್ ಸ್ಟಾಂಡರ್ಡ್ ಸರ್ವೆ (ಎಚ್‌ಎನ್‌ಎಲ್‌ಎಸ್‌ಎಸ್) ಅನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ದತ್ತಾಂಶ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯನ್ನು ಸ್ಪಾಟ - 12 (ಖಿಖಿಖಿ 12) ಬಳಸಿ ನಡೆಸಲಾಯಿತು. ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಕಾರ, ಮನೆಯ ದುರಂತದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾವತಿಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 16.4 ರಷ್ಟು ಒಟ್ಟು ಬಳಕೆ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ವೆಚ್ಚದ ಹೊಸ್ತಿಲಲ್ಲಿದೆ. ದಿನಕ್ಕೆ ಡಾಲರ್ 1.25 ರ ಬಡತನ ರೇಖೆಯನ್ನು ಬಳಸುವುದರಿಂದ, ಬಡತನದ ಮುಖ್ಯ ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇಕಡ 97.9 ರಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾವತಿಗಳಾಗಿವೆ. ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಪಾವತಿಗಳಲ್ಲಿ ಬಡತನದ ಹೆಚ್ಚೊಟ್ಟಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 0.8 ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಳಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಯಿತು ಮತ್ತು ಇದರರ್ಥ ಸುಮಾರು 1.3 ಮಿಲಿಯನ್ ನೈಜೀರಿಯನ್ನರನ್ನು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಕ್ಕೆ ತಳ್ಳಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಬಡ ಕುಟುಂಬಗಳು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಉತ್ತಮವಾದ ಮನೆಗಳಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿವೆ. ನೈಜೀರಿಯಾದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಶೇಕಡಾವಾರು ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಇಲ್ಲದಿರುವ ಹಣಕಾಸಿನ ಅಪಾಯದ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ನೀತಿ ನಿರೂಪಕರು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ನಿಧಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕು ಮತ್ತು ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು (ಒಬಪಿ) ಆರೋಗ್ಯ ಪಾವತಿಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣಾ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಸೂಚಿಸಿದೆ.

ಆಡಮ್ ವ್ಯಾಗ್ನಾಫ್, ಮತ್ತು ಇತರರ (2018) ಅಧ್ಯಯನವು 2000 ರಿಂದ 2010 ರವರೆಗಿನ ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ದುರಂತದ ಸಂಭವವನ್ನು ಅಂದಾಜಿಸಿದೆ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಸ್ಥೂಲ ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಅಂದಾಜಿಸಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ಮನೆಯ ಸಮೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ. 1984 ಮತ್ತು 2015 ರ ನಡುವೆ 136 ದೇಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ 1566 ಮನೆಗಳಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ದತ್ತಾಂಶಗಳು, 553 ಗುಣಮಟ್ಟದ ತಪಾಸಣೆಗಳನ್ನು ಅಂಗೀಕರಿಸಿದವು. ಪ್ರತಿ ದೇಶದಿಂದ ಒಟ್ಟುಗೂಡಿಸುವ ಮೂಲಕ, ಲಭ್ಯವಿರುವ ಪ್ರಶ್ನಾರ್ಹ ವರ್ಷದ ಸಮೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಬಳಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಮತ್ತು ಅಂತರ್ಸಂಪರ್ಕ ಮತ್ತು ಮಾದರಿ ಆಧಾರಿತ ಅಂದಾಜುಗಳನ್ನು ಅವರು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ದೇಶದ ದುರಂತದ ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಪ್ರತಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಜಿಡಿಪಿ, ಆದಾಯ ಅಸಮಾನತೆಗಾಗಿ ನಿಗದಿತ ಗುಣಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಭದ್ರತಾ ನಿಧಿಗಳು, ಖಾಸಗಿ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆಗಳು, ಎನ್ಜಿಒಗಳು ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ ಒಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಖರ್ಚಿನ ಪಾಲು ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಅನ್ವೇಷಿಸಲು ಬಹು ಹಿಂಜರಿತ ತಂತ್ರಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಶೇಕಡ 10 ರಷ್ಟು ಮಿತಿಯಲ್ಲಿ ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ದುರಂತದ ಖರ್ಚು 2000 ರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 9.7 ರಷ್ಟು 2005 ರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 11.4ರಷ್ಟು ಮತ್ತು 2010 ರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 11.7ರಷ್ಟು ಎಂದು ಅಂದಾಜಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ. ಜಾಗತಿಕವಾಗಿ, 2010 ರಲ್ಲಿ 808 ಮಿಲಿಯನ್ ಜನರು ದುರಂತ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಪ್ರತಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಜಿಡಿಪಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ ಜಿಡಿಪಿಯ ಪಾಲು ದುರಂತ ಪಾವತಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಕಾರಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿದೆ ಮತ್ತು ಘಟನೆಗಳು ಸಾಮಾಜಿಕ ಭದ್ರತಾ ನಿಧಿಗಳು ಮತ್ತು ಇತರ ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮೂಲಕ ಒಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಖರ್ಚಿನ ಪಾಲಿನೊಂದಿಗೆ ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ. ಕುಟುಂಬಗಳ ಶೇಕಡಾವಾರು ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಬರಲಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ ಜಿಡಿಪಿಯ ಪಾಲನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು ದುರಂತ ಪಾವತಿಗಳ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಮಾರ್ಸೆಲೊ ಟೋರೆಸ್ ಡಾ ಸಿಲ್ವಾ ಜಿ.ಚಿಟಿ (2015) ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಿಂದ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ, ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ-ಸಂಬಂಧಿತ ಅಂಶಗಳ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು 2004 ರಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ಬ್ರೆಜಿಲ್ ಸ್ಟೇಟ್ ಆಫ್ ರಿಯೋ ಗ್ರಾಂಡೆ ಡೊ ಸುಲ್ (ಆರ್ಎಸ್) ನ ಪೆಲೋಟಾಸ್ ನಗರದಲ್ಲಿ ಜನನ ಸಮಂಜಸ ಅಧ್ಯಯನದ ಮೂಲಕ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದೆ. ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಟೋಬಿಟ್ ಮಾದರಿಯನ್ನು

ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ತಾಯಂದಿರು ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಮಕ್ಕಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸುವವರಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಗಳ ಖರ್ಚು ಶೇಕಡ 20 ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಮಕ್ಕಳೊಂದಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಖರ್ಚು ಇದ್ದರೆ, ನಿರೀಕ್ಷಿತ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಶೇಕಡ 58 ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಔಷಧದ ಖರ್ಚು ಸಾಮಾನ್ಯ ವಿಧದ ಖರ್ಚುಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಕಿರಿಯ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಖರ್ಚು ವೆಚ್ಚ ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆ-ಆದಾಯದ ಕುಟುಂಬಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದಾಯದ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗಿಂತ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ತಮ್ಮ ಆದಾಯದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪಾಲನ್ನು ಪಾವತಿಸುತ್ತವೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ. ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಪಡೆಯುವ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಎಂದು ಅವರು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದಾಯದ ಕುಟುಂಬಗಳ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಒಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿವೆ.

ಫ್ಯಾಟುಮಾ ಮಂಜಿ ಮತ್ತು ಇತರರು (2005) ಗ್ರಾಮೀಣ ಟಾಂಜಾನಿಯಾದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸದ ನಿರ್ಣಯಕಾರರು ಮತ್ತು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು ಪಾವತಿಗಳ ಮಟ್ಟವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಬಾಲ್ಯದ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸಮಗ್ರ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಬಹು-ದೇಶ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದೊಂದಿಗೆ ಮತ್ತು ಈ ಅಧ್ಯಯನವು 1999 ಮತ್ತು 2002 ರಲ್ಲಿ ನಡೆಸಿದ ಎರಡು ಸಾವಿರ ಮನೆಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದೆ. ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹಣೆಗೆ ಮುನ್ನ ಕಳೆದ ಎರಡು ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದ ಮತ್ತು ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ಅಥವಾ ಔಪಚಾರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪಡೆಯುವ 764 ಮಕ್ಕಳಿಗೆ 833 ಆರೋಗ್ಯ ಪೂರೈಕೆದಾರರಿಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಿದ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಅವರು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಐಎಂಸಿಐ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚಾಗಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಸಾಬೀತುಪಡಿಸಿದೆ, ವೆಚ್ಚ-ಹಂಚಿಕೆ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಪಡೆದಾಗ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ವೆಚ್ಚ ಕಡಿಮೆ, ಇದು ಭಾಗವಲ್ಲದಕ್ಕಿಂತ 13-15 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಯೋಜನೆಗಳು. ಎನ್ ಜಿ ಓ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಿದವರು ವೆಚ್ಚ ಹಂಚಿಕೆ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಿದ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಆರೈಕೆ ಮಾಡುವವರಿಗಿಂತ ಸುಮಾರು 30 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ಹಣವನ್ನು ಪಾವತಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯದ ಹಣಕಾಸು ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೆ ಸಮನಾದ ಪ್ರವೇಶವು ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿರುವ ಮನೆಯ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆಯ ಮೇಲೆ ಪ್ರಮುಖ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ, ಐಎಂಸಿಐ ಆಧಾರಿತ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಔಷಧದ ತರ್ಕಬದ್ಧ ಬಳಕೆಯ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಇದು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಿಂದ ಹೊರಬರಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿದೆ. ವೆಚ್ಚ ಐಎಂಸಿಐ ಆಧಾರಿತ ಆರೈಕೆಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದರಿಂದ ಹಣಕಾಸಿನ ಕೊಡುಗೆಗಳಲ್ಲಿನ ಅಸಮಾನತೆಗಳು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತವೆ, ಜೊತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಪ್ರವೇಶವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಸರ್ಕಾರದ ಖರ್ಚು

ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದ ವೆಚ್ಚಗಳು (ಎನ್‌ಎಚ್‌ಪಿ 2018)	ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಖರ್ಚು (ರೂ. ಕೋಟಿಗಳಲ್ಲಿ)	ಜಿಡಿಪಿ	ಆರೋಗ್ಯದ ತಲಾ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಖರ್ಚು (ರೂ.)	ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲಿನ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಖರ್ಚು ಜಿಡಿಪಿಯ ಶೇಕಡಾವಾರು
2009-10	72536	6477827	621	1.12%
2010-11	83101	7784115	701	1.07%
2011-12	96221	8736039	802	1.10%
2012-13	108236	9951344	890	1.09%

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

2013-14	112270	11272764	913	1%
2014-15	121600.23	12433749	973	0.98%
2015-16	140054.55	13764037	1112	1.02%
2016-17	178875.63	15253714	1397	1.17%
2017-18	213719.58	16751688	1657	1.28%

ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ರಾಜ್ಯ ಖರ್ಚು

ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ ವೆಚ್ಚಗಳು (ಎನ್‌ಎಚ್‌ಪಿ 2015-16)	ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಒಟ್ಟು ರಾಜ್ಯ ಖರ್ಚು (ಕೋಟಿಯಲ್ಲಿ ರೂ.)	ಒಟ್ಟು ರಾಜ್ಯ ಖರ್ಚು (ಕೋಟಿಯಲ್ಲಿ ರೂ.)	ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಒಟ್ಟು ರಾಜ್ಯ ವೆಚ್ಚದ %	ಜನಸಂಖ್ಯೆ 2015-16 (ಕೋಟಿಯಲ್ಲಿ)	ಜಿಎಸ್‌ಡಿಪಿ 2015-16 ಪ್ರಸ್ತುತ ಬೆಲೆಗಳು (ಕೋಟಿಯಲ್ಲಿ ರೂ.)	ತಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಖರ್ಚು (ರೂ)	ಆರೋಗ್ಯ ಖರ್ಚು ಜಿಎಸ್‌ಡಿಪಿಯ %
			ಬಿ/ಸಿ			ಬಿ/ಇ	ಬಿ/ಎಫ್
ಪ್ರಮುಖ (ಇಎಜಿ ಅಲ್ಲದ) ರಾಜ್ಯಗಳು			5.34%			1172	0.76%
ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ	5013	106638	4.70%	4.95	609934	1013	0.82%
ದೆಹಲಿ	4183	36520	11.45%	2.1	548081	1992	0.76%
ಗೋವಾ	729	12010	6.07%	0.2	54275	3643	1.34%
ಗುಜರಾತ್	7432	126821	5.86%	6.25	1025188	1189	0.72%
ಹರಿಯಾಣ	3055	85037	3.59%	2.73	485184	1119	0.63%
ಹಿಮಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ	1894	28373	6.67%	0.71	112852	2667	1.68%
ಜಮ್ಮು ಮತ್ತು ಕಾಶ್ಮೀರ	2925	49294	5.93%	1.24	119093	2359	2.46%
ಕರ್ನಾಟಕ	6980	138715	5.03%	6.21	1012804	1124	0.69%
ಕೇರಳ	5207	88960	5.85%	3.56	557947	1463	0.93%
ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ	12066	237327	5.08%	11.94	2001223	1011	0.60%
ಪಂಜಾಬ್	3400	57963	5.87%	2.9	391543	1173	0.87%
ತಮಿಳುನಾಡು	8543	171349	4.99%	6.92	1161963	1235	0.74%
ತೆಲಂಗಾಣ	4626	96297	4.80%	3.5	567588	1322	0.82%
ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳ	7239	135929	5.33%	9.31		778	
ಇಎಜಿ + 1 ರಾಜ್ಯಗಳು			5.05%			871	1.36%
ಅಸ್ಸಾಂ	4992	70428	7.09%	3.23	226276	1546	2.21%
ಬಿಹಾರ	5067	128706	3.94%	10.33	381501	491	1.33%
ಚತ್ತಿಸ್ ಗಘ	3480	65898	5.28%	2.57	260776	1354	1.33%
ಜಾರ್ಖಂಡ್	2891	59995	4.82%	3.34	231294	866	1.25%

ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶ	5535	132647	4.17%	7.73	530443	716	1.04%
ಒಡಿಶಾ	3921	81741	4.80%	4.23	330874	927	1.19%
ರಾಜಸ್ಥಾನ	9858	175589	5.61%	7.25	683758	1360	1.44%
ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ	15872	312811	5.07%	21.64	1119862	733	1.42%
ಉತ್ತರಾಖಂಡ	1871	30799	6.07%	1.06	175772	1765	1.06%
ಈಶಾನ್ಯ ರಾಜ್ಯಗಳು			6.30%			2878	2.76%
ಅರುಣಾಚಲ್ ಪ್ರದೇಶ	673	11740	5.73%	0.13	20433	5177	3.29%
ಮಣಿಪುರ	536	9841	5.45%	0.26	19233	2061	2.79%
ಮೆಘಾಲಯ	623	9253	6.73%	0.28	25967	2223	2.40%
ಮಿಜೋರಾಂ	645	7731	8.34%	0.11	15339	5862	4.20%
ನಾಗಾಲ್ಯಾಂಡ್	588	10156	5.79%	0.24	19816	2450	2.97%
ಸಿಕ್ಕಿಂ	308	5431	5.66%	0.06	16954	5126	1.81%
ತ್ರಿಪುರ	829	12537	6.62%	0.38	34368	2183	2.41%

ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಸಿಗೆಗಳು

ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಸಿಗೆಗಳು (ಎಸ್‌ಒ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳು 2017)	ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು		ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲಾದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ	ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಸಿಗೆ ಮತ್ತು ಜನಸಂಖ್ಯೆ
	ಒಟ್ಟು	ಒಟ್ಟು ಹಾಸಿಗೆಗಳು		
2008	11289	494510	101403	2315
2009	11613	540328	97958	2105
2010	12760	576793	90972	2012
2011	11993	784940	98970	1512
2012	23916	622628	50689	1947
2013	19817	628708	61744	1946
2014	ಓಂ	ಓಂ	ಓಂ	ಓಂ
2015	20306	675779	61011	1833
2016	19653	754724	64425	1678
2017	14379	634879	90343	2046
ಟಿಪ್ಪಣಿ	ಎಸ್‌ಒ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳು 2017 = ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಅಂಕಿಅಂಶ 2017 (ಅಂಕಿಅಂಶಗಳು ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಅನುಷ್ಠಾನ ಸಚಿವಾಲಯ)			

ಶಿಶು ಮರಣ ದರಗಳು

ಐಎಂಆರ್ (ಪ್ರತಿ 1,000) (ಎನ್‌ಐಟಿಐ 2016-2000)	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ	34	37	39	39	41	43	46	49	52	54	56	57	59	59	62	66	65
ಅರುಣಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ	36	30	30	24	24	23	25	27	31	31	31	27	25	21	23	7	16
ಅಸ್ಸಾಂ	44	47	49	54	55	55	58	61	64	66	67	68	66	67	70	74	75
ಬಿಹಾರ	38	42	42	42	43	44	48	52	56	58	60	61	61	60	61	62	62
ಚತ್ತೀಸ್ ಗಢ್	39	41	43	46	47	48	51	54	57	59	61	63	60	70	73	77	79
ದೆಹಲಿ	18	18	20	24	25	28	30	33	35	36	35	35	32	26	33	25	32
ಗೋವಾ	8	9	10	9	10	11	10	10	10	10	15	16	18	13	16	14	21
ಗುಜರಾತ್	30	33	35	36	38	41	44	48	50	52	53	54	53	57	60	60	62
ಹರಿಯಾಣ	33	36	36	41	42	44	48	51	54	55	57	60	61	59	62	66	67
ಹಿಮಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ	25	28	32	35	36	38	40	45	44	47	50	49	51	42	61	43	51
ಜಮ್ಮು ಮತ್ತು ಕಾಶ್ಮೀರ	24	26	34	37	39	41	43	45	49	51	52	50	49	44	47	48	50
ಜಾರ್ಖಂಡ್	29	32	34	37	38	37	42	44	46	48	49	50	49	51	58	62	70
ಕರ್ನಾಟಕ	24	28	29	31	32	35	38	41	45	47	48	50	49	52	55	58	57
ಕೇರಳ	10	12	12	12	12	12	13	12	12	13	15	14	12	11	10	11	14

ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶ	47	50	52	54	56	59	62	67	70	72	74	76	79	82	85	86	88
ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ	19	21	22	24	25	25	28	31	33	34	35	36	36	42	45	45	48
ಮಣಿಪುರ	11	9	11	10	10	11	14	16	14	10						10	22
ಮೇಘಾಲಯ	39	42	46	47	49	52	55	59	58	52	53	49	43	56	66	51	66
ಮಿಜೋರಾಂ	27	32	32	35	35	34	37	36	37				27	16	6	18	18
ನಾಗಾಲ್ಯಾಂಡ್	12	12	14	18	18	21	23	26	26	19	20	18	17				
ಒಡಿಶಾ	44	46	49	51	53	57	61	65	69	71	73	75	77	83	87	91	95
ಪಂಜಾಬ್	21	23	24	26	28	30	34	38	41	43	44	44	45	49	51	52	52
ರಾಜಸ್ಥಾನ	41	43	46	47	49	52	55	59	63	65	67	68	67	75	78	80	79
ಸಿಕ್ಕಿಂ	16	18	19	22	24	26	30	34	33	33	33	30	30	22	25	29	47
ತಮಿಳುನಾಡು	17	19	20	21	21	22	24	28	31	35	37	37	41	43	44	49	51
ತೆಲಂಗಾಣ	31	34															
ತ್ರಿಪುರ	24	20	21	26	28	29	27	31	34	41	36	31	30	23	33	35	35
ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ	43	46	48	50	53	57	61	63	67	69	71	73	72	76	80	83	83
ಉತ್ತರಾಖಂಡ	38	34	33	32	34	36	38	41	44	48	43	42	42	41	44	48	50
ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳ	25	26	28	31	32	32	31	33	35	37	38	38	40	46	49	51	51
ಅಂಡಮಾನ್ ಮತ್ತು ನಿಕೋಬಾರ್ ದ್ವೀಪಗಳು	16	20	22	24	24	23	25	27	31	31	31	27	25	21	23	7	16
ಚಂಡೀಗಢ..	14	21	23	21	20	20	22	25	28	35	23	19	22	12	22	16	27

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಡಿ & ಎನ್ ಹವೇಲಿ	17	21	26	31	33	35	38	37	34	29	24	43	34	49	51	61	57
ದಮನ್ & ಡಿಯು	19	18	18	20	22	22	23	24	31	28	37	28	30	36	30	43	54
ಲಕ್ಷದ್ವೀಪ	19	20	20	24	24	24	25	25	31	38	25	22	39	21	15	38	22
ಪುದುಚೇರಿ	10	11	14	17	17	19	22	22	25	16	28	28	26	27	25	22	20
ಭಾರತ ಒಟ್ಟು	34	37	39	40	42	44	47	50	53	55	57	58	58	60	63	66	68

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಶಿಶು ಮರಣ ದರಗಳು

ಎನ್‌ಎಂಆರ್ (ಪ್ರತಿ 1,000) (ಎನ್‌ಬಿಟಿಐ 2011-2013)	ಒಟ್ಟು 2011	ಗ್ರಾಮೀಣ 2011	ನಗರ 2011	ಒಟ್ಟು 2012	ಗ್ರಾಮೀಣ 2012	ನಗರ 2012	ಒಟ್ಟು 2013	ಗ್ರಾಮೀಣ 2013	ನಗರ 2013
ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ	28	34	13	27	33	12	25	31	10
ಅಸ್ಸಾಂ	30	32	10	29	31	10	27	29	10
ಬಿಹಾರ	29	31	12	28	29	12	28	29	11
ಚತ್ತೀಸ್‌ಗಢ್	34	34	31	31	32	28	31	31	26
ದೆಹಲಿ	18	25	17	16	25	14	16	24	15
ಗುಜರಾತ್	30	35	19	28	33	17	26	31	16
ಹರಿಯಾಣ	28	32	18	28	31	20	26	29	19
ಹಿಮಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ	28	29	15	26	27	15	25	26	11
ಜಮ್ಮು ಮತ್ತು ಕಾಶ್ಮೀರ	32	34	19	30	32	19	29	31	18
ಜಾರ್ಖಂಡ್	29	31	13	27	30	12	26	28	12
ಕರ್ನಾಟಕ	24	31	12	23	29	12	22	27	12
ಕೇರಳ	7	8	3	7	8	3	6	7	3
ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶ	41	44	24	39	42	23	36	39	23
ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ	18	22	13	18	22	12	17	21	11
ಒಡಿಶಾ	40	42	27	39	41	27	37	39	26
ಪಂಜಾಬ್	24	26	21	17	16	18	16	15	16
ರಾಜಸ್ಥಾನ	37	41	19	35	39	18	32	36	17
ತಮಿಳುನಾಡು	15	18	12	15	18	11	15	18	11
ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ	40	43	23	37	40	21	35	38	20
ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳ	22	23	17	22	23	16	21	22	15
ಭಾರತ ಒಟ್ಟು	31	34	17	29	33	16	28	31	15

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಅನುಷ್ಠಾನಗಳು

ಎಂಎಂಆರ್(ಪ್ರತಿ 100000) (ಎಸ್ಆರ್ಎಸ್ 2004-2016)	2004-06	2007-09	2010-12	2011-13	2014-16
ಅಸ್ನಾಂ	480	390	328	300	237
ಬಿಹಾರ / ಜಾರ್ಖಂಡ್	312	261	219	208	165
ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶ / ಚಿತ್ತೀಸ್‌ಗಡ್	335	269	230	221	173
ಒಡಿಶಾ	303	258	235	222	180
ರಾಜಸ್ಥಾನ	388	318	255	244	199
ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ / ಉತ್ತರಾಖಂಡ	440	359	292	285	201
ಇವಜಿ ಮತ್ತು ಅಸ್ನಾಂ ಉಪಮೊತ್ತ	375	308	257	246	188
ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ	154	134	110	92	74
ತೆಲಂಗಾಣ					81
ಕರ್ನಾಟಕ	213	178	144	133	108
ಕೇರಳ	95	81	66	61	46
ತಮಿಳುನಾಡು	111	97	90	79	66
ದಕ್ಷಿಣ ಉಪಮೊತ್ತ	149	127	105	93	77
ಗುಜರಾತ್	160	148	122	112	91
ಹರಿಯಾಣ	186	153	146	127	101
ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ	130	104	87	68	61
ಪಂಜಾಬ್	192	172	155	141	122
ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳ	141	145	117	113	101
ಇತರ ರಾಜ್ಯಗಳು	206	160	136	126	97
ಇತರ ಉಪಮೊತ್ತ	174	149	127	115	93
ಭಾರತ ಒಟ್ಟು	254	212	178	167	130

ಹುಟ್ಟುವಾಗಲಿನ ಜೀವಿತ ಅವಧಿ ನಿರೀಕ್ಷೆ

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜೀವಿತ ಅವಧಿ (ಎಚ್‌ಎಫ್‌ಡಬ್ಲ್ಯುಎಸ್ 2017)	ಒಟ್ಟು ಜೀವಿತಾವಧಿ			ಗ್ರಾಮೀಣ ಜೀವಿತಾವಧಿ			ನಗರ ಜೀವಿತಾವಧಿ		
	ಒಟ್ಟು	ಪುರುಷ	ಮಹಿಳೆ	ಒಟ್ಟು	ಪುರುಷ	ಮಹಿಳೆ	ಒಟ್ಟು	ಪುರುಷ	ಮಹಿಳೆ
1970-75	49.7	50.5	49	48	48.9	47.1	58.9	58.8	59.2
1976-80	52.3	52.5	52.1	50.6	51	50.3	60.1	59.6	60.8
1981-85	55.4	55.4	55.7	53.7	54	53.6	62.8	61.6	64.1
1986-90	57.7	57.7	58.1	56.1	56.1	56.2	63.4	62	64.9
1987-91	58.3	58.1	58.6	56.8	56.7	56.9	63.8	62.3	65.3
1988-92	58.7	58.6	59	57.4	57.2	57.4	64.1	62.8	65.5
1989-93	59.4	59	59.7	58	57.9	58.1	64.9	63.5	66.3
1990-94	60	59.4	60.4	58.6	58.2	58.7	65.4	64.1	66.7
1991-95	60.3	59.7	60.9	58.9	58.5	59.3	65.9	64.5	67.3
1992-96	60.7	60.1	61.4	59.4	58.9	59.8	66.3	64.9	67.7
1993-97	61.1	60.4	61.8	59.9	59.3	60.2	66.6	65.1	68
1994-98	61.4	60.6	62.2	60.1	59.5	60.5	66.8	65.3	68.2
1995-99#	61.5	60.8	62.3	60.3	59.7	60.9	66.4	65.1	67.9
1996-00#	61.9	61.2	62.7	60.7	60.1	61.3	66.7	65.4	68.3

1997-01#	62.3	61.4	63.3	61.1	60.3	61.9	67.1	65.7	68.7
1998-02	62.9	61.9	64	61.6	60.7	62.5	67.6	66.1	69.2
1999-03	63.4	62.3	64.6	62.2	61.1	63.2	68	66.5	69.7
2000-04	63.9	62.8	65.2	62.7	61.6	63.8	68.4	66.9	70
2001-05	64.3	63.1	65.6	63	61.9	64.2	68.6	67.2	70.3
2002-06	64.7	63.5	66.1	63.5	62.3	64.7	68.9	67.4	70.6
2003-07	65	63.7	66.5	63.8	62.6	65.2	69	67.5	70.7
2004-08	65.4	64	66.9	64.2	62.9	65.7	69	67.5	70.8
2005-09	65.7	64.3	67.2	64.5	63.2	66	69.2	67.6	71
2006-10	66.1	64.6	67.7	64.9	63.5	66.5	69.6	68	71.4
2007-11	66.5	64.9	68.2	65.3	63.8	67	70.1	68.4	71.9
2008-12	67	65.4	68.8	65.8	64.2	67.6	70.6	69	72.4
2009-13	67.5	65.8	69.3	66.3	64.6	68.1	71.2	69.6	73
2010-14	67.9	66.4	69.6	66.7	65.1	68.4	71.5	70	73.5
2011-15	68.3	66.9	70	67.1	65.6	68.7	71.9	70.5	73.5
ಎಚ್‌ಎಫ್‌ಡಬ್ಲ್ಯುಎಸ್ 2017 = ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಂಕಿಅಂಶ 2017 (ಅಂಕಿಅಂಶ ವಿಭಾಗ ಭಾರತದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸರ್ಕಾರ ಸಚಿವಾಲಯ)									

ರಾಜ್ಯವಾರು ಜೀವಿತಾವಧಿ

ಜೀವಿತ ಅವಧಿ (ಎಚ್‌ಎಫ್‌ಡಬ್ಲ್ಯುಎಸ್ 2017)	2011-2015								
	ಒಟ್ಟು ಜೀವಿತಾವಧಿ			ಗ್ರಾಮೀಣ ಜೀವಿತಾವಧಿ			ನಗರ ಜೀವಿತಾವಧಿ		
	ಒಟ್ಟು	ಪುರುಷ	ಮಹಿಳೆ	ಒಟ್ಟು	ಪುರುಷ	ಮಹಿಳೆ	ಒಟ್ಟು	ಪುರುಷ	ಮಹಿಳೆ
ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ	69	67.1	71.2	67.6	65.5	69.9	72.7	71.2	74.4
ಅಸ್ಸಾಂ	64.7	63.5	66.2	63.7	62.5	65.2	71.5	70.7	72.7
ಬಿಹಾರ	68.4	68.5	68.3	68.1	68.2	67.9	71.4	71.1	71.7
ಚತ್ತೀಸ್‌ಗಢ್	65.2	63.6	66.8	64.5	63	65.9	68.6	66.4	71
ದೆಹಲಿ	73.8	72.5	75.4	71.4	69.5		74.1	72.8	75.6
ಗುಜರಾತ್	69.1	66.9	71.6	67.6	64.8	70.8	71.5	70.1	73
ಹರಿಯಾಣ	69.1	66.9	71.9	68.2	65.8	71.2	71.1	69.2	73.3
ಹಿಮಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ	72	69.1	75.2	71.6	68.6	74.9	76.8	75.1	79.4
ಜಮ್ಮು ಮತ್ತು ಕಾಶ್ಮೀರ	73.2	71.2	76.1	72.2	70.4	74.9	76.6	73.9	80.2
ಜಾರ್ಖಂಡ್	67.2	67	67.5	66.3	66.1	66.3	71.7	70.8	72.6
ಕರ್ನಾಟಕ	69	67.2	70.9	67.4	65.4	69.5	72	70.7	73.5
ಕೇರಳ	75.2	72.2	78.2	75.1	71.9	78.4	75.4	72.9	77.7
ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶ	64.8	63.2	66.5	63.5	62	65.4	69.4	67.7	71.2
ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ	72	70.3	73.9	70.7	69	72.5	73.9	72.1	75.8
ಒಡಿಶಾ	66.9	65.6	68.3	66.2	64.9	67.7	70.8	69.7	71.8
ಪಂಜಾಬ್	72.1	70.3	74.2	70.8	69	72.8	74.1	72.2	76.5
ರಾಜಸ್ಥಾನ	67.9	65.7	70.4	67	64.6	69.8	71.1	69.5	72.8
ತಮಿಳುನಾಡು	71	69.1	73	69.5	67.6	71.6	72.8	71	74.7
ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ	64.5	63.4	65.6	63.6	62.5	64.8	68.1	67.3	68.8
ಉತ್ತರಾಖಂಡ	71.8	68.9	74.9	71.1	67.8	74.7	74.1	72.7	75.5
ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳ	70.5	69.4	71.8	69.6	68.3	70.9	72.7	71.7	73.9
ಭಾರತ	68.3	66.9	70	67.1	65.6	68.7	71.9	70.5	73.5
ಟಿಪ್ಪಣಿ	ಎಚ್‌ಎಫ್‌ಡಬ್ಲ್ಯುಎಸ್ 2017 = ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಂಕಿಅಂಶ 2017 (ಅಂಕಿಅಂಶ ವಿಭಾಗ ಭಾರತದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸರ್ಕಾರ ಸಚಿವಾಲಯ)								

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು

ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು	2015-2016			2005-2006			1998-1999	1992-1993
	ಎನ್ ಎಫ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್ 4			ಎನ್ ಎಫ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್ 3			ಎನ್ ಎಫ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್ 2	ಎನ್ ಎಫ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್ 1
	ನಗರ	ಗ್ರಾಮೀಣ	ಒಟ್ಟು	ನಗರ	ಗ್ರಾಮೀಣ	ಒಟ್ಟು	ಒಟ್ಟು	ಒಟ್ಟು
ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ	96.5	89.7	91.5	85	60.5	68.6	49.8	34.3
ಅರುಣಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ	81.5	44.1	52.2	64.1	19	31.7	31.2	20.1
ಅಸ್ಸಾರ	92.7	68.2	70.6	59	18.6	22.9	17.6	11.7
ಬಿಹಾರ	74.3	62.6	63.8	47.7	18.6	22	14.8	12.1
ಚತ್ತೀಸ್‌ಗಢ್	83.2	66.8	70.2	58	7.5	15.7	13.8	
ಗೋವಾ	95.8	98.8	96.9	92.6	92.4	92.6	90.9	87.8
ಗುಜರಾತ್	93.4	85.2	88.5	78	42.2	54.6	46.3	36.8
ಹರಿಯಾಣ	80.6	80.3	80.4	66.7	30.3	39.4	22.4	17.4
ಹಿಮಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ	90.6	75.2	76.4	79.1	42.1	45.3	28.9	17.1
ಜಮ್ಮು ಮತ್ತು ಕಾಶ್ಮೀರ	97.3	81.9	85.6	75.8	48.8	54.3	35.7	21.9
ಜಾರ್ಖಂಡ್	81.5	57.3	61.9	54.1	11	19.2	13.9	
ಕರ್ನಾಟಕ	95.1	93.3	94	84.8	56.8	67	51.1	38.4
ಕೇರಳ	99.8	99.9	99.8	100	99.3	99.5	92.9	88.9
ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶ	93.8	76.3	80.8	59.9	20.2	29.7	22	
ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ	94.8	86.7	90.3	84.8	50.5	66.1	52.6	44.5
ಮಣಿಪುರ	86.3	60.5	69.1	71.2	40.9	49.3	34.5	23
ಮೇಘಾಲಯ	88.1	45.7	51.4	75	20.4	29.7	17.3	31
ಮಿಜೋರಾಂ	97.2	61.4	79.7	89.8	39.1	64.6	57.7	48.5
ನಾಗಾಲ್ಯಾಂಡ್	56.3	24.3	32.8	32	6.6	12.2	12.1	6.1
ಒರಿಸ್ಸಾ	89.7	84.5	85.3	65.4	64.6	38.8	22.6	14.1
ಪಂಜಾಬ್	89	91.5	90.5	60.2	48.4	52.5	37.5	24.8
ರಾಜಸ್ಥಾನ	90.3	82.3	84	67.7	23.3	32.2	21.5	12
ಸಿಕ್ಕಿಂ	95.3	94.4	94.7	87.6	43.1	49	31.5	
ತಮಿಳುನಾಡು	99.2	98.7	98.9	94.9	86.7	90.4	79.3	64.3
ತೆಲಂಗಾಣ	96.5	86.9	91.5					
ತ್ರಿಪುರ	92.6	75.7	79.9	75.7	44.8	48.9	45.2	29.6
ಉತ್ತರಾಂಚಲ್	79	63.7	68.6	59.9	28.8	36.1	20.6	
ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ	71.7	66.8	67.8	39.9	17.5	22	15.2	11.2
ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳ	83.6	71.9	75.2	79.2	33.8	43.1	40.1	32

ಪೂರ್ಣ ಎಎನ್‌ಸಿ

ಪೂರ್ಣ ಎಎನ್‌ಸಿ	2015-2016			2005-2006			1998-1999			1992-1993
ಮೂಲ	ಎನ್ ಎಫ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್ 4			ಎನ್ ಎಫ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್ 3			ಎನ್ ಎಫ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್ 2			ಎನ್ ಎಫ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್ 1
	ನಗರ	ಗ್ರಾಮೀಣ	ಒಟ್ಟು	ನಗರ	ಗ್ರಾಮೀಣ	ಒಟ್ಟು	ನಗರ	ಗ್ರಾಮೀಣ	ಒಟ್ಟು	ಒಟ್ಟು
ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ	45.4	43.3	43.9	45.4	41.3	42.5				
ಅರುಣಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ	3.9	3.4	3.5	24.4	10.3	13.5	9.3	4.4	5.4	4.9
ಅಸ್ಸಾರ	30.4	16.6	18.1							6.7
ಬಿಹಾರ	6.6	3	3.3							4.2
ಚತ್ತೀಸ್‌ಗಡ್	35.4		34.7	32.1	27.1	30.6	29	29.1	29	
ಗೋವಾ	64.4	61.6	63.4	79	57	71	89.2	92.8	90.8	57.4
ಗುಜರಾತ್	39.6	24	30.7							30.7
ಹರಿಯಾಣ	21.4	18.3	19.5	19.6	12.5	15	22.6	10.2	13.3	11.9
ಹಿಮಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ	49.2	35.8	36.8	36	41.7	41.1	38.8	30.8	31.4	15.8
ಜಮ್ಮು ಮತ್ತು ಕಾಶ್ಮೀರ	29.4	25.9	26.8							12.7
ಜಾರ್ಖಂಡ್	17.9	5.5	8							4.9
ಕರ್ನಾಟಕ	34.8	31.4	32.8	52	41.5	46	57.4	48.7	51.1	24.8
ಕೇರಳ	63	59.5	61.2	70.7	70	70.3	71.4	72.5	72.3	66.7
ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶ	19.5	8.3	11.4							4.7
ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ	35.7	29.6	32.4	39	35.8	37.3	37.1	32.7	33.9	14.7
ಮಣಿಪುರ	45.1	27.8	33.9	42.5	21.2	28.3	27.5	9.1	12.5	5.8
ಮೇಘಾಲಯ	38.4	20.9	23.5	29.2	19.4	21.4	27.2	13	14.4	4.2
ಮಿಜೋರಾಂ	47.9	27.2	38.3	51	21	36.7	43.6	27.4	33	11.8
ನಾಗಾಲ್ಯಾಂಡ್	4.9	1.3	2.4	16.2	7	9.7				0.6
ಒರಿಸ್ಸಾ	27.1	22.3	23							12.3
ಪಂಜಾಬ್	34.8	27.9	30.7	22.9	19.3	20.6	17	13.3	14.3	11.8
ರಾಜಸ್ಥಾನ	17.5	7.4	9.7							6.3
ಸಿಕ್ಕಿಂ	36.7	40.2	39	74	69.2	70.3	23	27.7	27.5	22.4
ತಮಿಳುನಾಡು	46.3	43.8	45	37.3	36.2	37	58.2	47.7	51.8	27.5
ತೆಲಂಗಾಣ	47.6	37.1	42.1	45.2	36.9	40.3				
ತ್ರಿಪುರ	9.8	6.8	7.6	43.5	22.4	27.3	26	12	13.3	7.4
ಉತ್ತರಾಂಚಲ್	15.6	9.4	11.5							12.7
ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ	13.5	3.8	5.9							2.7
ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳ	25.2	20.4	21.8	40	35.4	36.8	29.7	17.8	19.5	9.7
ಭಾರತ ಒಟ್ಟು	31.1	16.7	21	31.1	16.7	21			11.6	11.6

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಪೂರ್ಣ ವಿವರಿಸಿ

ಪೂರ್ಣ ವಿವರಿಸಿ	2015-2016			2012-2013		2007-2008	
	ಎನ್ ಎಫ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್ 4			ಡಿಎಲ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್ 4		ಡಿಎಲ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್ 3	
	ನಗರ	ಗ್ರಾಮೀಣ	ಒಟ್ಟು	ಗ್ರಾಮೀಣ	ಒಟ್ಟು	ಗ್ರಾಮೀಣ	ಒಟ್ಟು
ಬಾಗಲಕೋಟೆ	29.4	39.8	36.3	31.1	41.7	20.8	25.7
ಬೆಂಗಳೂರು	31.5		27.5	78	74.4	92.3	91.8
ಬೆಂಗಳೂರು (ರಿ)		30.4	32.1	66.2	63.7	74	77.1
ಬೆಳಗಾವಿ		45.2	48.6	42.6	46.2	35	37.7
ಬಳ್ಳಾರಿ	38.6	42.5	41	15.9	19.9	26.3	34.8
ಬೀದರ್		36.1	33.3	23.6	45.5	36.2	38.9
ವಿಜಯಪುರ		23.5	24.4	22.9	26.1	17.6	21.5
ಚಾಮರಾಜ ನಗರ		48.7	43.2	76.2	74.2	84.3	82.2
ಚಿಕ್ಕಬಳ್ಳಾಪುರ		42.5	38.1	44.2	41.3		
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು		13.7	13.6	46.2	48	77.4	79.6
ಚಿತ್ರದುರ್ಗ		26.4	33.3	37.1	37.6	54.5	55.9
ಡಿ.ಕನ್ನಡ	34.6	28.9	31.4	57.8	66.7	84.1	81.2
ದಾವಣಗೆರೆ	52.6	56.4	55.2	26.5	31.5	38.7	46
ಧಾರವಾಡ	33.6	37	35	19	18.7	23.4	27.7
ಗದಗ	34.2	31.8	32.7	19.3	22.2	34.8	34.3
ಕಲಬುರಗಿ	28.4	31.2	30	51.8	56.8	29.7	32
ಹಾಸನ		32.7	33.6	52.9	61.6	65.9	64.8
ಹಾವೇರಿ		19.5	19.5	22.8	31.7	43.2	43.8
ಕೊಡಗು		30.3	31.5	54.4	59.5	76	75.3
ಕೋಲಾರ	58.2	44.3	50	49.6	57.3	72.4	72.4
ಕೊಪ್ಪಳ		11.9	17.2	15.2	18.9	16.7	15.8
ಮಂಡ್ಯ		17.1	16.9	76.7	69.5	82.3	79.9
ಮೈಸೂರು	33.9	23.8	28.2	57.1	56.8	70.7	73
ರಾಯಚೂರು		36.1	38.8	36.3	39.6	15.7	18.4
ರಾಮನಗರ		22.5	27.4	46	44.1		
ಶಿವಮೊಗ್ಗ	25.4	27.3	26.7	62	60.5	63.2	86
ತುಮಕೂರು		32.1	34.6	68.2	72.9	74	72.7
ಉಡುಪಿ		32.4	35.9	62.4	53.4	86	85.7
ಉತ್ತರ ಕನ್ನಡ		30.4	32.9	52	53.1	79.9	81.1
ಯಾದಗಿರಿ		21.1	19	40.3	43.4		
ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	34.8	31.4	32.8	41.4	46	48.7	51.1

12. ಕನಿಷ್ಠ 3 ಎಎನ್‌ಸಿ ಚೆಕ್ ಅಪ್‌ಗಳು

ಕನಿಷ್ಠ 3 ಎಎನ್‌ಸಿ ಚೆಕ್- ಅಪ್‌ಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ತಾಯಂದಿರು	2015-2016			2012-2013		2007-2008		2003-2004	
	ಎನ್ ಎಫ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್ 4			ಡಿಎಲ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್ 4		ಡಿಎಲ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್ 3		ಡಿಎಲ್ ಹೆಚ್ ಎಸ್ 2	
	ನಗರ	ಗ್ರಾಮೀಣ	ಒಟ್ಟು	ಗ್ರಾಮೀಣ	ಒಟ್ಟು	ಗ್ರಾಮೀಣ	ಒಟ್ಟು	ಗ್ರಾಮೀಣ	ಒಟ್ಟು
ಬಾಗಲಕೋಟೆ	79.6	59.8	66.5	83.3	87.6	58	63	59.6	69.8
ಬೆಂಗಳೂರು	55.1		48.1	96.8	97.2	94.7	98.2	83.8	92.4
ಬೆಂಗಳೂರು (ರಿ)		78.4	75.6	94.5	90.8	95.3	95.6	87.3	89.2
ಬೆಳಗಾವಿ		76	78.5	99.1	99.4	65.8	70.5	84.8	86.9
ಬಳ್ಳಾರಿ	86.2	76.4	80.1	70.1	72.7	55.1	64.2	52.9	58
ಬೀದರ್		72.6	69.1	68.4	78.5	78.6	81.6	66.1	71.8
ವಿಜಯಪುರ		60.5	64.3	73.5	79.3	59.8	63.9	56.9	63.2
ಚಾಮರಾಜ ನಗರ		82.1	76.8	95.1	96.7	97.1	97.4	88.9	90
ಚಿಕ್ಕಬಳ್ಳಾಪುರ		93.8	92.7	91.7	89.1				
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು		59.7	60.9	83.7	86.8	91.5	93.2	90.6	92.3
ಚಿತ್ರದುರ್ಗ		66.5	67.2	85.2	88.6				
ಡಿ.ಕನ್ನಡ	64.6	68.6	66.8	84.5	90	97.4	97	93.9	94.6
ದಾವಣಗೆರೆ	89.9	87.2	88.1	80.2	82.1	79.3	82.9	83.7	86
ಧಾರವಾಡ	74.6	79.9	76.8	86.6	85.6	78.8	80.9	83.7	79.2
ಗದಗ	71	82.6	78.1	82	87.5				
ಕಲಬುರಗಿ	81.7	86.6	84.6	79.2	82.2	59.1	64.2	55.8	61.9
ಹಾಸನ		85	86.4	97.8	98.4	93.1	94	90	90.6
ಹಾವೇರಿ		68.2	68.8	69.1	73.4	89.3	89.2	78.9	80.7
ಕೊಡಗು		83.5	78.8	94.7	97.1	93.5	93.8	88.8	87.2
ಕೋಲಾರ	77.2	76.2	76.6	89.5	92.3	90.6	92.3	90.3	89.6
ಕೊಪ್ಪಳ		56.4	60.5	74.3	80.2	64.4	65.7	58.2	61.2
ಮಂಡ್ಯ		84.9	83.6	96.5	98.3	97.2	97.2	95	94.9
ಮೈಸೂರು	65.5	66.1	65.9	81.5	85.7	93	91.7	82.9	85
ರಾಯಚೂರು		59.6	65.4	73.4	75.5	49.3	55.8	45.8	50.6
ರಾಮನಗರ		67.1	74	83.3	86.5				
ಶಿವಮೊಗ್ಗ	71.4	75	73.8	94.7	96.2	86.7	91.3	83.1	84.8
ತುಮಕುರು		67.3	70.6	91.9	94.3	93	93.9	84.2	83.5
ಉಡುಪಿ		82.7	84.2	98.2	96	98.6	96.5	98.7	99
ಉತ್ತರ ಕನ್ನಡ		73.3	79.6	94.5	94.4				
ಯಾದಗಿರಿ		59.4	63.6	68.5	72.2				
ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	69.4	67.1	65.9	83.3	86.3	88.6	90.2		

ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಘಟಕಗಳು

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	ಸ್ಥಾನಿಂಗ್ ಸರಾಸರಿ	ಹಣದುಬ್ಬರ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಸ್ಥಾನಿಂಗ್ ಸರಾಸರಿ	ಫೈರಾಯ್ಡ್ ಸರಾಸರಿ	ಹಣದುಬ್ಬರದ ಸರಾಸರಿಗೆ ಫೈರಾಯ್ಡ್ ಅನ್ನು ಹೊಂದಿಸಲಾಗಿದೆ	ಔಷಧದ ಸರಾಸರಿ	ಹಣದುಬ್ಬರ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಔಷಧದ ಸರಾಸರಿ	ಯುಪಿಟಿಯ ಸರಾಸರಿ	ಹಣದುಬ್ಬರದ ಸರಾಸರಿಗೆ ಯುಪಿಟಿ ಹೊಂದಿಸಲಾಗಿದೆ	ರಕ್ತ ಪರಿಕ್ಷೆಯ ಸರಾಸರಿ	ಹಣದುಬ್ಬರದ ಸರಾಸರಿಗೆ ರಕ್ತ ಪರಿಕ್ಷೆಯನ್ನು ಸರಿಹೊಂದಿಸಲಾಗಿದೆ	ಒಂದು ರಕ್ತ ಪರಿಕ್ಷೆಯ ಸರಾಸರಿ	ಹಣದುಬ್ಬರದ ಸರಾಸರಿಗೆ ರಕ್ತ ಪರಿಕ್ಷೆಯನ್ನು ಸರಿಹೊಂದಿಸಿದೆ	ರಕ್ತ ಪರಿಕ್ಷೆಯ ಸರಾಸರಿ	ಒಂದು ಭೇಟಿಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಪಾವತಿಸಿದ ಮೊತ್ತದ ಸರಾಸರಿ
ಬೆಂಗಳೂರು-ಗ್ರಾಮೀಣ	1540	1914	411	511	2929	3642	96	119	414	514	339	421	2874	763
ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯ	1597	1985	235	292	4539	5642	86	107	303	376	213	265	919	590
ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ	1528	1899	463	576	2559	3181	98	122	435	541	363	452	3414	850
ಬೆಳಗಾವಿ	2282	2837	497	618	3465	4308	134	166	720	895	526	654	1382	741
ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯ	2776	3451	781	971	4107	5105	153	190	768	955	542	674	1627	743
ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ	2055	2554	381	473	3076	3824	126	157	697	867	520	646	1202	739
ಬಳ್ಳಾರಿ	2021	2512	605	753	4711	5856	59	73	772	959	412	512	1070	1150
ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯ	2339	2908	715	889	5785	7191	94	116	1116	1387	503	626	925	522
ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ	1962	2438	565	702	4401	5471	53	66	684	850	390	484	1129	1522
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	2094	2602	666	828	3635	4518	171	212	737	916	770	958	1833	576
ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯ	2288	2845	609	757	4432	5509	187	233	728	904	860	1069	1942	313
ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ	2062	2563	687	854	3452	4291	166	207	738	918	748	930	1794	711
ಹಾವೇರಿ	1481	1841	493	612	2216	2754	103	128	474	590	327	406	1350	837
ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯ	1400	1740	450	559	845	1050	125	155	592	736	381	473	2600	3367
ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ	1490	1852	500	622	2490	3095	100	125	457	568	318	396	1236	592
ಬಿಟ್ಟು	1985	2467	547	679	3572	4440	108	134	653	811	486	604	1633	788

ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಘಟಕಗಳು

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	ಕೊಡುಗೆ ಪಾವತಿಗಳ ಸರಾಸರಿ	ಹಣದುಬ್ಬರದ ಸರಾಸರಿ ಕೊಡುಗೆ ರೀತಿಯ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿಸಲಾಗಿದೆ	ಕೊಡುಗೆ ಪಾವತಿಯ ಸರಾಸರಿ	ಹಣದುಬ್ಬರದ ಸರಾಸರಿ ಕೊಡುಗೆಯ ರೀತಿಯ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ಸರಿಹೊಂದಿಸಲಾಗಿದೆ	ಆಹಾರದ ಸರಾಸರಿ	ಹಣದುಬ್ಬರದ ಸರಾಸರಿಗೆ ಆಹಾರ ಸರಿಹೊಂದಿಸಲಾಗಿದೆ	ಒಂದು ಭೇಟಿಯಲ್ಲಿ ಆಹಾರದ ಸರಾಸರಿ	ಹಣದುಬ್ಬರದ ಸರಾಸರಿ ಒಂದು ಭೇಟಿಗೆ ಆಹಾರವನ್ನು ಸರಿಹೊಂದಿಸಲಾಗಿದೆ	ರಕ್ತವರ್ಗವಣೆಯ ಸರಾಸರಿ	ಹಣದುಬ್ಬರದ ಸರಾಸರಿ ರಕ್ತವರ್ಗವಣೆಗೆ ಸರಿಹೊಂದಿಸಿದೆ	ಒಂದು ರಕ್ತವರ್ಗವಣೆಯ ಸರಾಸರಿ	ಹಣದುಬ್ಬರದ ಸರಾಸರಿ ರಕ್ತವರ್ಗವಣೆಗೆ ಸರಿಹೊಂದಿಸುತ್ತದೆ	ಇತರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸರಾಸರಿ	ಹಣದುಬ್ಬರದ ಸರಾಸರಿ ಇತರ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸರಿಹೊಂದಿಸುತ್ತದೆ
ಬೆಂಗಳೂರು-ಗ್ರಾಮೀಣ	1418	1763	1064	1323	631	784	161	200	1333	1072	1148	1427	2875	3574
ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯ	500	622	500	622	600	746	117	145	1989	1600	2500	3108	0	0
ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ	1462	1817	1108	1377	633	787	164	204	1304	1049	1081	1343	2875	3574
ಬೆಳಗಾವಿ	848	1054	577	717	854	1061	428	532	2660	2140	1425	1772	2729	3392
ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯ	1475	1834	400	497	929	1155	378	470	4185	3367	1763	2191	4200	5221
ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ	751	934	604	751	827	1028	442	550	1945	1565	1251	1556	2269	2820
ಬಳ್ಳಾರಿ	1248	1551	238	296	704	875	267	332	1757	1414	1132	1407	3533	4392
ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯ	1000	1243	350	435	988	1228	497	617	2530	2035	1760	2188	7000	8701
ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ	1261	1567	223	278	652	811	226	281	1611	1296	1023	1272	3100	3854
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	1486	1848	1766	2195	1109	1378	283	352	1353	1088	881	1095	2900	3605
ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯ	1800	2238	2443	3037	954	1186	178	221	994	800	800	994	5500	6837
ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ	1448	1800	1707	2122	1140	1417	301	374	1401	1127	891	1107	1718	2136
ಹಾವೇರಿ	924	1148	478	594	510	634	230	286	2093	1684	1463	1818	750	932

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯ	300	373	250	311	936	1164	328	407	1865	1500	1500	1865	0	0
ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ	983	1222	503	625	456	567	217	270	2119	1704	1458	1813	750	932
ಒಟ್ಟು	1258	1564	1191	1480	801	995	321	400	1945	1565	1222	1519	2857	3552

Districts	Average of In-kind Payments	Average of Inflation adjusted In-kind Payments	Average of one In-kind Payment	Average of Inflation adjusted one In-kind Payments	Average of Food	Average of Inflation adjusted Food	Average of Food at one visit	Average of Inflation adjusted Food at one visit	Average of blood transfusion	Average of Inflation adjusted blood transfusion	Average of one blood transfusion	Average of Inflation adjusted one blood transfusion	Average of other illnesses	Average of Inflation adjusted other illnesses
Bangalore rural	1418	1763	1064	1323	631	784	161	200	1333	1072	1148	1427	2875	3574
private facility	500	622	500	622	600	746	117	145	1989	1600	2500	3108	0	0
public facility	1462	1817	1108	1377	633	787	164	204	1304	1049	1081	1343	2875	3574
Belgaum	848	1054	577	717	854	1061	428	532	2660	2140	1425	1772	2729	3392
private facility	1475	1834	400	497	929	1155	378	470	4185	3367	1763	2191	4200	5221
public facility	751	934	604	751	827	1028	442	550	1945	1565	1251	1556	2269	2820
Bellary	1248	1551	238	296	704	875	267	332	1757	1414	1132	1407	3533	4392
private facility	1000	1243	350	435	988	1228	497	617	2530	2035	1760	2188	7000	8701
public facility	1261	1567	223	278	652	811	226	281	1611	1296	1023	1272	3100	3854

Chickmagalur	1486	1848	1766	2195	1109	1378	283	352	1353	1088	881	1095	2900	3605
private facility	1800	2238	2443	3037	954	1186	178	221	994	800	800	994	5500	6837
public facility	1448	1800	1707	2122	1140	1417	301	374	1401	1127	891	1107	1718	2136
Haveri	924	1148	478	594	510	634	230	286	2093	1684	1463	1818	750	932
private facility	300	373	250	311	936	1164	328	407	1865	1500	1500	1865	0	0
public facility	983	1222	503	625	456	567	217	270	2119	1704	1458	1813	750	932
Grand Total	1258	1564	1191	1480	801	995	321	400	1945	1565	1222	1519	2857	3552

ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಘಟಕಗಳು

ಜಿಲ್ಲೆಗಳು	ರೆಫರೆ ಲ್ ಸರಾಸ ರಿ.	ರೆಫರೆಲ್ ಸಾರಿಗೆ ಯ ಸರಾಸ ರಿ.	ಹೋಟೆ ಲ್ ವಾಸ್ತವ್ಯ ದ ಸರಾಸ ರಿ.	ಒಂದು ಹೋಟೆ ಲ್ ವಾಸ್ತವ್ಯ ದ ಸರಾಸ ರಿ	ಎಎನ್ ಸಿ ವೆಚ್ಚದ ಸರಾಸ ರಿ	ಎಎನ್‌ಸಿ ಹಣದುಬ್ಬರ ದ ಸರಾಸರಿ ಹೊಂದಿಸಲಾ ಗಿದೆ.	ಹೆರಿಗೆ ಯ ಸರಾಸ ರಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು .	ಹಣದುಬ್ಬ ರದ ಸರಾಸರಿ ಹೊಂದಾ ಣಿಕೆ ಹೆರಿಗೆಯ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು.	ಹೆರಿಗೆಯವೆ ಚ್ಚದ ಸರಾಸರಿ.	ಹಣದುಬ್ಬ ರದ ಸರಾಸರಿಗೆ ಹೊಂದಾ ಣಿಕೆ ಹೆರಿಗೆಯ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚು.	ಪಿಎನ್ ಸಿ ವೆಚ್ಚದ ಸರಾಸ ರಿ.	ಪಿಎನ್‌ಸಿ ಹಣದುಬ್ಬರದಸಂ ಸರಿಗೆ ಹೊಂದಿಸಲಾಗಿದೆ.	ಒಟ್ಟು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚದ ಸರಾಸ ರಿ.	ಒಟ್ಟು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಸರಾಸ ರಿ.	ಒಟ್ಟು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಹಣದುಬ್ಬರ ದ ಸರಾಸರಿಗೆ ಹೊಂದಿಸಲಾ ಗಿದೆ.
ಬೆಂಗಳೂರು-ಗ್ರಾ ಮೀಣ	6588	1053	427	322	4926	6123	9480	11784	11019	13697	752	934	3403	17354	21648
ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯ	1688	200	150	100	7030	8738	14013	17418	15934	19807	1894	2354	4611	31113	38822
ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ	7741	1296	469	337	4594	5711	8766	10896	10245	12735	570	709	3213	15188	18943
ಬೆಳಗಾವಿ	2833	789	2267	1746	7089	8812	8009	9956	9705	12064	713	886	4388	19441	24224
ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯ	3666	739	1450	1950	1030 7	12812	14332	17816	17380	21605	1147	1426	6740	3722 8	46390
ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ	2330	819	2430	1705	5964	7413	5799	7209	7028	8736	564	701	3573	13219	16472
ಬಳ್ಳಾರಿ	5359	853	4500	1150	8602	10693	7845	9752	9394	11677	787	978	5271	1980 2	24663

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯ	4550	611	4000	800	1284 3	15964	16024	19919	19375	24085	2138	2657	8750	4337 8	54015
ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ	5608	957	5000	1500	7808	9706	6348	7891	7579	9421	515	640	4622	1547 2	19273
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	7081	2159	1957	580	8916	11083	11777	14639	14405	17907	1015	1261	5882	2586 2	32250
ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯ	8888	2120	2133	700	12186	15148	17145	21312	22821	28368	2061	2561	10110	51288	63999
ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ	6564	2172	1825	500	8389	10428	10934	13592	13049	16221	842	1047	5201	2176 4	27134
ಹಾವೇರಿ	9289	3470	600	600	3985	4954	6513	8096	7499	9322	657	817	3364	1207 9	15048
ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯ	15750	1025	0	0	4093	5087	12484	15518	13534	16824	358	445	2981	2446 9	30494
ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ	4120	5100	600	600	3987	4956	6044	7513	7029	8737	683	850	3403	11105	13834
ಬೆಂಗಳೂರು	4956	1291	1716	1101	6707	8337	8392	10432	10023	12460	761	946	4416	1862 7	23214

ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಮಾಹಿತಿಯ ಮೂಲ

ಮಾಹಿತಿಯ ಮೂಲ	ಎಡಬ್ಬೂಡಬ್ಬೂ				ಕ್ಯಾಂಪ್ಸ್				ಪೋಸ್ಟರ್‌ಗಳು			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	137	157		294	287	7		294	289	5		294
ಬಿಬಿಸಿ	105	131		236	229	7		236	231	5		236
ಎಸ್ ಸಿ	25	22		47	47			47	47			47
ಎಸ್ ಟಿ	7	4		11	11			11	11			11
ಬೆಳಗಾವಿ	422	288	6	716	586	124	6	716	661	49	6	716

ಒಬಿಸಿ	305	228	6	539	444	89	6	539	499	34	6	539
ಎಸ್ ಸಿ	103	44		147	119	28		147	135	12		147
ಎಸ್ ಟಿ	14	16		30	23	7		30	27	3		30
ಬಳ್ಳಾರಿ	262	135	2	399	373	24	2	399	376	21	2	399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1	1			1	1			1
ಒಬಿಸಿ	133	69	1	203	187	15	1	203	191	11	1	203
ಎಸ್ ಸಿ	106	41	1	148	140	7	1	148	140	7	1	148
ಎಸ್ ಟಿ	22	25		47	45	2		47	44	3		47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	223	57	1	281	278	2	1	281	279	1	1	281
ಒಬಿಸಿ	137	39	1	177	176		1	177	176		1	177
ಎಸ್ ಸಿ	68	17		85	83	2		85	84	1		85
ಎಸ್ ಟಿ	18	1		19	19			19	19			19
ಹಾವೇರಿ	277	137		414	290	124		414	364	50		414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ		1		1	1			1	1			1
ಒಬಿಸಿ	192	95		287	209	78		287	243	44		287
ಎಸ್ ಸಿ	42	26		68	52	16		68	65	3		68
ಎಸ್ ಟಿ	43	15		58	28	30		58	55	3		58
ಒಟ್ಟು	1321	774	9	2104	1814	281	9	2104	1969	126	9	2104

ಮಾಹಿತಿಯ ಮೂಲ	ಟಿವಿ				ರೇಡಿಯೋ				ವೃತ್ತಪತ್ರಿಕೆ			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	290	4		294	291	3		294	287	7		294
ಒಬಿಸಿ	232	4		236	233	3		236	229	7		236
ಎಸ್ ಸಿ	47			47	47			47	47			47

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಎಸ್ ಟಿ	11			11	11			11	11			11
ಬೆಳಗಾವಿ	598	112	6	716	658	52	6	716	606	98	12	716
ಒಬಿಸಿ	449	84	6	539	491	42	6	539	453	74	12	539
ಎಸ್ ಸಿ	126	21		147	138	9		147	123	24		147
ಎಸ್ ಟಿ	23	7		30	29	1		30	30			30
ಬಳ್ಳಾರಿ	358	39	2	399	391	6	2	399	391	8		399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ		1		1	1			1	1			1
ಒಬಿಸಿ	181	21	1	203	197	5	1	203	199	4		203
ಎಸ್ ಸಿ	136	11	1	148	146	1	1	148	146	2		148
ಎಸ್ ಟಿ	41	6		47	47			47	45	2		47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	246	34	1	281	254	26	1	281	251	28	2	281
ಒಬಿಸಿ	166	10	1	177	170	6	1	177	166	9	2	177
ಎಸ್ ಸಿ	76	9		85	79	6		85	80	5		85
ಎಸ್ ಟಿ	4	15		19	5	14		19	5	14		19
ಹಾವೇರಿ	318	96		414	390	24		414	344	70		414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1	1			1	1			1
ಒಬಿಸಿ	220	67		287	268	19		287	235	52		287
ಎಸ್ ಸಿ	56	12		68	67	1		68	58	10		68
ಎಸ್ ಟಿ	41	17		58	54	4		58	50	8		58
ಒಟ್ಟು	1810	285	9	2104	1984	111	9	2104	1879	211	14	2104

ಮಾಹಿತಿಯ ಮೂಲ	ಟಿಪ್ಪಣಿ	ರೇಡಿಯೋ	ವ್ಯಕ್ತಪತ್ರಿಕೆ
-------------	---------	--------	---------------

ಸಾಲು ಲೇಬಲ್‌ಗಳು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	290	4		294	291	3		294	287	7		294
ಒಬಿಸಿ	232	4		236	233	3		236	229	7		236
ಎಸ್ ಸಿ	47			47	47			47	47			47
ಎಸ್ ಟಿ	11			11	11			11	11			11
ಬೆಳಗಾವಿ	598	112	6	716	658	52	6	716	606	98	12	716
ಒಬಿಸಿ	449	84	6	539	491	42	6	539	453	74	12	539
ಎಸ್ ಸಿ	126	21		147	138	9		147	123	24		147
ಎಸ್ ಟಿ	23	7		30	29	1		30	30			30
ಬಳ್ಳಾರಿ	358	39	2	399	391	6	2	399	391	8		399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ		1		1	1			1	1			1
ಒಬಿಸಿ	181	21	1	203	197	5	1	203	199	4		203
ಎಸ್ ಸಿ	136	11	1	148	146	1	1	148	146	2		148
ಎಸ್ ಟಿ	41	6		47	47			47	45	2		47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	246	34	1	281	254	26	1	281	251	28	2	281
ಒಬಿಸಿ	166	10	1	177	170	6	1	177	166	9	2	177
ಎಸ್ ಸಿ	76	9		85	79	6		85	80	5		85
ಎಸ್ ಟಿ	4	15		19	5	14		19	5	14		19
ಹಾವೇರಿ	318	96		414	390	24		414	344	70		414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1	1			1	1			1
ಒಬಿಸಿ	220	67		287	268	19		287	235	52		287
ಎಸ್ ಸಿ	56	12		68	67	1		68	58	10		68
ಎಸ್ ಟಿ	41	17		58	54	4		58	50	8		58
ಒಟ್ಟು	1810	285	9	2104	1984	111	9	2104	1879	211	14	2104

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಮಾಹಿತಿಯ ಮೂಲ	ಕರಪತ್ರಗಳು				ಇಂಟರ್ನೆಟ್			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	294			294	294			294
ಒಬಿಸಿ	236			236	236			236
ಎಸ್ ಸಿ	47			47	47			47
ಎಸ್ ಟಿ	11			11	11			11
ಬೆಳಗಾವಿ	694	10	12	716	697	7	12	716
ಒಬಿಸಿ	520	7	12	539	521	6	12	539
ಎಸ್ ಸಿ	145	2		147	146	1		147
ಎಸ್ ಟಿ	29	1		30	30			30
ಬಳ್ಳಾರಿ	398	1		399	394	5		399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1	1			1
ಒಬಿಸಿ	203			203	201	2		203
ಎಸ್ ಸಿ	147	1		148	145	3		148
ಎಸ್ ಟಿ	47			47	47			47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	279		2	281	278	1	2	281
ಒಬಿಸಿ	175		2	177	174	1	2	177
ಎಸ್ ಸಿ	85			85	85			85
ಎಸ್ ಟಿ	19			19	19			19

ಹಾವೇರಿ	370	44		414	389	25		414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1	1			1
ಒಬಿಸಿ	253	34		287	270	17		287
ಎಸ್ ಸಿ	61	7		68	62	6		68
ಎಸ್ ಟಿ	55	3		58	56	2		58
ಒಟ್ಟು	2035	55	14	2104	2052	38	14	2104

ಮಾಹಿತಿ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವವರ ಮೂಲ

ಮಾಹಿತಿ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವವರ ಮೂಲ	ಸಂಬಂಧಿಕರು ಮತ್ತು ಸ್ನೇಹಿತರು				ಆಶಾ				ಎಎನ್‌ಎಂ			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	231	63		294	112	182		294	136	158		294
ಒಬಿಸಿ	182	54		236	96	140		236	108	128		236
ಎಸ್ ಸಿ	40	7		47	13	34		47	22	25		47
ಎಸ್ ಟಿ	9	2		11	3	8		11	6	5		11
ಬೆಳಗಾವಿ	234	470	12	716	52	652	12	716	227	477	12	716
ಒಬಿಸಿ	188	339	12	539	38	489	12	539	168	359	12	539
ಎಸ್ ಸಿ	35	112		147	13	134		147	54	93		147
ಎಸ್ ಟಿ	11	19		30	1	29		30	5	25		30
ಬಳ್ಳಾರಿ	283	116		399	85	314		399	177	222		399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1		1		1	1			1
ಒಬಿಸಿ	147	56		203	45	158		203	90	113		203
ಎಸ್ ಸಿ	101	47		148	27	121		148	73	75		148
ಎಸ್ ಟಿ	34	13		47	13	34		47	13	34		47

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	132	147	2	281	81	198	2	281	153	126	2	281
ಒಬಿಸಿ	90	85	2	177	55	120	2	177	88	87	2	177
ಎಸ್ ಸಿ	39	46		85	24	61		85	51	34		85
ಎಸ್ ಟಿ	3	16		19	2	17		19	14	5		19
ಹಾವೇರಿ	169	245		414	36	378		414	143	271		414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ		1		1		1		1		1		1
ಒಬಿಸಿ	109	178		287	30	257		287	93	194		287
ಎಸ್ ಸಿ	27	41		68	2	66		68	25	43		68
ಎಸ್ ಟಿ	33	25		58	4	54		58	25	33		58
ಒಟ್ಟು	1049	1041	14	2104	366	1724	14	2104	836	1254	14	2104

ಮಾಹಿತಿ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವವರ ಮೂಲ

ಮಾಹಿತಿ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವವರ ಮೂಲ	ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು				ಪೋಸ್ಟರ್ಸ್‌ಗಳು				ಟಿವಿ			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	122	172		294	278	16		294	281	13		294
ಒಬಿಸಿ	91	145		236	220	16		236	223	13		236
ಎಸ್ ಸಿ	24	23		47	47			47	47			47
ಎಸ್ ಟಿ	7	4		11	11			11	11			11
ಬೆಳಗಾವಿ	398	306	12	716	612	92	12	716	588	116	12	716
ಒಬಿಸಿ	294	233	12	539	458	69	12	539	444	83	12	539
ಎಸ್ ಸಿ	90	57		147	126	21		147	121	26		147
ಎಸ್ ಟಿ	14	16		30	28	2		30	23	7		30
ಬಳ್ಳಾರಿ	252	147		399	379	20		399	360	39		399

ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1	1			1	1			1
ಒಬಿಸಿ	130	73		203	189	14		203	180	23		203
ಎಸ್ ಸಿ	101	47		148	142	6		148	137	11		148
ಎಸ್ ಟಿ	20	27		47	47			47	42	5		47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	221	58	2	281	279		2	281	245	34	2	281
ಒಬಿಸಿ	136	39	2	177	175		2	177	166	9	2	177
ಎಸ್ ಸಿ	67	18		85	85			85	75	10		85
ಎಸ್ ಟಿ	18	1		19	19			19	4	15		19
ಹಾವೇರಿ	262	152		414	318	96		414	290	124		414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ		1		1	1			1	1			1
ಒಬಿಸಿ	180	107		287	208	79		287	201	86		287
ಎಸ್ ಸಿ	41	27		68	59	9		68	48	20		68
ಎಸ್ ಟಿ	41	17		58	50	8		58	40	18		58
ಒಟ್ಟು	1255	835	14	2104	1866	224	14	2104	1764	326	14	2104

ಮಾಹಿತಿ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವವರ ಮೂಲ	ರೇಡಿಯೋ				ವೃತ್ತಪತ್ರಿಕೆ				ಕರಪತ್ರಗಳು			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	284	10		294	287	7		294	294			294
ಒಬಿಸಿ	226	10		236	229	7		236	236			236
ಎಸ್ ಸಿ	47			47	47			47	47			47
ಎಸ್ ಟಿ	11			11	11			11	11			11
ಬೆಳಗಾವಿ	663	41	12	716	606	98	12	716	694	10	12	716
ಒಬಿಸಿ	495	32	12	539	453	74	12	539	520	7	12	539
ಎಸ್ ಸಿ	139	8		147	123	24		147	145	2		147

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಎಸ್ ಟಿ	29	1		30	30			30	29	1		30
ಬಳ್ಳಾರಿ	394	5		399	391	8		399	398	1		399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1	1			1	1			1
ಒಬಿಸಿ	201	2		203	199	4		203	203			203
ಎಸ್ ಸಿ	146	2		148	146	2		148	147	1		148
ಎಸ್ ಟಿ	46	1		47	45	2		47	47			47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	256	23	2	281	251	28	2	281	279		2	281
ಒಬಿಸಿ	171	4	2	177	166	9	2	177	175		2	177
ಎಸ್ ಸಿ	80	5		85	80	5		85	85			85
ಎಸ್ ಟಿ	5	14		19	5	14		19	19			19
ಹಾವೇರಿ	378	36		414	344	70		414	370	44		414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1	1			1	1			1
ಒಬಿಸಿ	255	32		287	235	52		287	253	34		287
ಎಸ್ ಸಿ	66	2		68	58	10		68	61	7		68
ಎಸ್ ಟಿ	56	2		58	50	8		58	55	3		58
ಒಟ್ಟು	1975	115	14	2104	1879	211	14	2104	2035	55	14	2104

ಮಾಹಿತಿ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವವರ ಮೂಲ	ಇಂಟರ್ ನೆಟ್			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
Row Labels				
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	294			294
ಒಬಿಸಿ	236			236
ಎಸ್ ಸಿ	47			47
ಎಸ್ ಟಿ	11			11
ಬೆಳಗಾವಿ	697	7	12	716
ಒಬಿಸಿ	521	6	12	539
ಎಸ್ ಸಿ	146	1		147

ಎಸ್ ಟಿ	30			30
ಬಳ್ಳಾರಿ	394	5		399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1
ಒಬಿಸಿ	201	2		203
ಎಸ್ ಸಿ	145	3		148
ಎಸ್ ಟಿ	47			47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	278	1	2	281
ಒಬಿಸಿ	174	1	2	177
ಎಸ್ ಸಿ	85			85
ಎಸ್ ಟಿ	19			19
ಹಾವೇರಿ	389	25		414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1
ಒಬಿಸಿ	270	17		287
ಎಸ್ ಸಿ	62	6		68
ಎಸ್ ಟಿ	56	2		58
ಒಟ್ಟು	2052	38	14	2104

ಮೆಡಿಸಿನ್ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ	ಶಕ್ತಿಗಾಗಿ ಮಾತ್ರಗಳು				ವಾಂತಿ ನಿಲ್ಲಲು ಮಾತ್ರಗಳು				ಗ್ಯಾಸ್ಟ್ರೈಟಿಸ್‌ಗಾಗಿ ಮಾತ್ರಗಳು			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	10	104	180	294	54	60	180	294	61	53	180	294
ಒಬಿಸಿ	9	84	143	236	42	51	143	236	51	42	143	236
ಎಸ್ ಸಿ	1	16	30	47	10	7	30	47	9	8	30	47
ಎಸ್ ಟಿ		4	7	11	2	2	7	11	1	3	7	11
ಬೆಳಗಾವಿ	18	302	396	716	165	155	396	716	210	110	396	716
ಒಬಿಸಿ	10	224	305	539	129	105	305	539	161	73	305	539
ಎಸ್ ಸಿ	8	67	72	147	32	43	72	147	41	34	72	147

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಎಸ್ ಟಿ		11	19	30	4	7	19	30	8	3	19	30
ಬಳ್ಳಾರಿ	3	162	234	399	81	84	234	399	124	41	234	399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1	1			1	1			1	1
ಒಬಿಸಿ	3	82	118	203	40	45	118	203	62	23	118	203
ಎಸ್ ಸಿ		61	87	148	34	27	87	148	52	9	87	148
ಎಸ್ ಟಿ		19	28	47	7	12	28	47	10	9	28	47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	25	145	111	281	79	91	111	281	137	33	111	281
ಒಬಿಸಿ	11	102	64	177	55	58	64	177	89	24	64	177
ಎಸ್ ಸಿ	14	38	33	85	24	28	33	85	43	9	33	85
ಎಸ್ ಟಿ		5	14	19		5	14	19	5		14	19
ಹಾವೇರಿ	4	52	358	414	50	6	358	414	52	4	358	414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1	1			1	1			1	1
ಒಬಿಸಿ	3	38	246	287	36	5	246	287	38	3	246	287
ಎಸ್ ಸಿ	1	9	58	68	9	1	58	68	9	1	58	68
ಎಸ್ ಟಿ		5	53	58	5		53	58	5		53	58
ಒಟ್ಟು	60	765	1279	2104	429	396	1279	2104	584	241	1279	2104

ಮಾಹಿತಿಯ ಮೂಲ	ವಿಟಾಮಿನ್ ಸಿರಪ್				ಇತರ ಸಿರಪ್‌ಗಳು				ಪ್ರೋಟೀನ್ ಪೌಡರ್			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಖರೀದಿ ಐಚಿಛಿಚ್ಚಿ												
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	22	92	180	294	48	66	180	294	49	65	180	294
ಒಬಿಸಿ	18	75	143	236	41	52	143	236	37	56	143	236
ಎಸ್ ಸಿ	3	14	30	47	7	10	30	47	9	8	30	47
ಎಸ್ ಟಿ	1	3	7	11		4	7	11	3	1	7	11
ಬೆಳಗಾವಿ	80	240	396	716	206	114	396	716	127	193	396	716

ಒಬಿಸಿ	56	178	305	539	159	75	305	539	99	135	305	539
ಎಸ್ ಸಿ	22	53	72	147	38	37	72	147	23	52	72	147
ಎಸ್ ಟಿ	2	9	19	30	9	2	19	30	5	6	19	30
ಬಳ್ಳಾರಿ	75	90	234	399	113	52	234	399	36	129	234	399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1	1			1	1			1	1
ಒಬಿಸಿ	41	44	118	203	59	26	118	203	19	66	118	203
ಎಸ್ ಸಿ	28	33	87	148	48	13	87	148	14	47	87	148
ಎಸ್ ಟಿ	6	13	28	47	6	13	28	47	3	16	28	47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	42	128	111	281	109	61	111	281	46	124	111	281
ಒಬಿಸಿ	26	87	64	177	68	45	64	177	30	83	64	177
ಎಸ್ ಸಿ	15	37	33	85	36	16	33	85	14	38	33	85
ಎಸ್ ಟಿ	1	4	14	19	5		14	19	2	3	14	19
ಹಾವೇರಿ	29	27	358	414	34	22	358	414	18	38	358	414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1	1			1	1			1	1
ಒಬಿಸಿ	18	23	246	287	26	15	246	287	13	28	246	287
ಎಸ್ ಸಿ	7	3	58	68	5	5	58	68	4	6	58	68
ಎಸ್ ಟಿ	4	1	53	58	3	2	53	58	1	4	53	58
ಒಟ್ಟು	248	577	1279	2104	510	315	1279	2104	276	549	1279	2104

ಮಾಹಿತಿಯ ಮೂಲ	ಹಾಲಿನ ಪುಡಿ				ಇತರೆ ಯಾವುದೇ ಕೌಂಟರ್ ಮೆಡಿಸಿನ್			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಖರೀದಿ ಐಚಿಫಿಜಿಟಿ								
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	94	20	180	294	100	14	180	294
ಒಬಿಸಿ	76	17	143	236	83	10	143	236

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಎಸ್ ಸಿ	15	2	30	47	14	3	30	47
ಎಸ್ ಟಿ	3	1	7	11	3	1	7	11
ಬೆಳಗಾವಿ	186	134	396	716	235	85	396	716
ಒಬಿಸಿ	141	93	305	539	185	49	305	539
ಎಸ್ ಸಿ	39	36	72	147	40	35	72	147
ಎಸ್ ಟಿ	6	5	19	30	10	1	19	30
ಬಳ್ಳಾರಿ	90	75	234	399	156	9	234	399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1	1			1	1
ಒಬಿಸಿ	39	46	118	203	77	8	118	203
ಎಸ್ ಸಿ	40	21	87	148	60	1	87	148
ಎಸ್ ಟಿ	11	8	28	47	19		28	47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	133	37	111	281	168	2	111	281
ಒಬಿಸಿ	88	25	64	177	113		64	177
ಎಸ್ ಸಿ	40	12	33	85	50	2	33	85
ಎಸ್ ಟಿ	5		14	19	5		14	19
ಹಾವೇರಿ	20	36	358	414	52	4	358	414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1	1			1	1
ಒಬಿಸಿ	17	24	246	287	38	3	246	287
ಎಸ್ ಸಿ	1	9	58	68	9	1	58	68
ಎಸ್ ಟಿ	2	3	53	58	5		53	58
ಒಟ್ಟು	523	302	1279	2104	711	114	1279	2104

ಔಷಧಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಸಮಯ	1 ನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ	2 ನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ	7 ನೇ, 8 ನೇ, 9 ನೇ ತಿಂಗಳು
------------------------	----------------	----------------	-------------------------

ಖರೀತಿ ಐಚಿಛಿಜಙಙ	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	6	108	180	294	13	101	180	294	21	93	180	294
ಒಬಿಸಿ	4	89	143	236	11	82	143	236	18	75	143	236
ಎಸ್ ಸಿ	2	15	30	47	2	15	30	47	2	15	30	47
ಎಸ್ ಟಿ		4	7	11		4	7	11	1	3	7	11
ಬೆಳಗಾವಿ	46	273	397	716	47	272	397	716	59	260	397	716
ಒಬಿಸಿ	28	205	306	539	32	201	306	539	41	192	306	539
ಎಸ್ ಸಿ	13	62	72	147	14	61	72	147	15	60	72	147
ಎಸ್ ಟಿ	5	6	19	30	1	10	19	30	3	8	19	30
ಬಳ್ಳಾರಿ	35	130	234	399	9	156	234	399	12	153	234	399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1	1			1	1			1	1
ಒಬಿಸಿ	20	65	118	203	6	79	118	203	5	80	118	203
ಎಸ್ ಸಿ	11	50	87	148	2	59	87	148	4	57	87	148
ಎಸ್ ಟಿ	4	15	28	47	1	18	28	47	3	16	28	47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	28	142	111	281	22	148	111	281	34	136	111	281
ಒಬಿಸಿ	18	95	64	177	15	98	64	177	22	91	64	177
ಎಸ್ ಸಿ	7	45	33	85	7	45	33	85	12	40	33	85
ಎಸ್ ಟಿ	3	2	14	19		5	14	19		5	14	19
ಹಾವೇರಿ	22	34	358	414	27	29	358	414	24	32	358	414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1	1			1	1			1	1
ಒಬಿಸಿ	17	24	246	287	20	21	246	287	19	22	246	287
ಎಸ್ ಸಿ	4	6	58	68	5	5	58	68	4	6	58	68
ಎಸ್ ಟಿ	1	4	53	58	2	3	53	58	1	4	53	58
ಒಟ್ಟು	137	687	1280	2104	118	706	1280	2104	150	674	1280	2104

ಔಷಧಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಸಮಯ	ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ	ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಉಳಿದಿದ್ದಾಗ	ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರ 2 ತಿಂಗಳುಗಳು
------------------------	------------------	---------------------------------------	--------------------------

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಖರೀದಿ ಐಚ್ಛಿಕತೆ	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	98	16	180	294	110	4	180	294	113	1	180	294
ಒಬಿಸಿ	80	13	143	236	90	3	143	236	92	1	143	236
ಎಸ್ ಸಿ	14	3	30	47	16	1	30	47	17		30	47
ಎಸ್ ಟಿ	4		7	11	4		7	11	4		7	11
ಬೆಳಗಾವಿ	212	107	397	716	249	70	397	716	276	43	397	716
ಒಬಿಸಿ	160	73	306	539	191	42	306	539	213	20	306	539
ಎಸ್ ಸಿ	43	32	72	147	49	26	72	147	53	22	72	147
ಎಸ್ ಟಿ	9	2	19	30	9	2	19	30	10	1	19	30
ಬಳ್ಳಾರಿ	118	47	234	399	159	6	234	399	162	3	234	399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1	1			1	1			1	1
ಒಬಿಸಿ	69	16	118	203	82	3	118	203	83	2	118	203
ಎಸ್ ಸಿ	36	25	87	148	60	1	87	148	60	1	87	148
ಎಸ್ ಟಿ	13	6	28	47	17	2	28	47	19		28	47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	149	21	111	281	158	12	111	281	162	8	111	281
ಒಬಿಸಿ	101	12	64	177	103	10	64	177	107	6	64	177
ಎಸ್ ಸಿ	43	9	33	85	50	2	33	85	50	2	33	85
ಎಸ್ ಟಿ	5		14	19	5		14	19	5		14	19
ಹಾವೇರಿ	47	9	358	414	45	11	358	414	51	5	358	414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1	1			1	1			1	1
ಒಬಿಸಿ	38	3	246	287	32	9	246	287	36	5	246	287
ಎಸ್ ಸಿ	5	5	58	68	9	1	58	68	10		58	68
ಎಸ್ ಟಿ	4	1	53	58	4	1	53	58	5		53	58
ಒಟ್ಟು	624	200	1280	2104	721	103	1280	2104	764	60	1280	2104

ಔಷಧಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಸಮಯ	ಗರ್ಭವತಿ ಸಮಯದಲ್ಲಿ			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಖರತಿ ಐಚಿಛಿಜಿಛಿ				
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	113	1	180	294
ಒಬಿಸಿ	92	1	143	236
ಎಸ್ ಸಿ	17		30	47
ಎಸ್ ಟಿ	4		7	11
ಬೆಳಗಾವಿ	284	35	397	716
ಒಬಿಸಿ	218	15	306	539
ಎಸ್ ಸಿ	55	20	72	147
ಎಸ್ ಟಿ	11		19	30
ಬಳ್ಳಾರಿ	163	2	234	399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1	1
ಒಬಿಸಿ	83	2	118	203
ಎಸ್ ಸಿ	61		87	148
ಎಸ್ ಟಿ	19		28	47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	169	1	111	281
ಒಬಿಸಿ	112	1	64	177
ಎಸ್ ಸಿ	52		33	85
ಎಸ್ ಟಿ	5		14	19
ಹಾವೇರಿ	48	8	358	414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1	1
ಒಬಿಸಿ	36	5	246	287
ಎಸ್ ಸಿ	7	3	58	68
ಎಸ್ ಟಿ	5		53	58
ಒಟ್ಟು	777	47	1280	2104

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಹೊರಗಿನ ಸೌಲಭ್ಯದ ಕಾರಣ

ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಹೊರಗಿನ ಸೌಲಭ್ಯದ ಕಾರಣ	ಭೇಟಿ ನೀಡುವ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ				ಸರ್ಕಾರದ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡ ಸಾಲು			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	67	49	178	294	82	34	178	294
ಒಬಿಸಿ	49	42	145	236	64	27	145	236
ಎಸ್ ಸಿ	16	5	26	47	15	6	26	47
ಎಸ್ ಟಿ	2	2	7	11	3	1	7	11
ಬೆಳಗಾವಿ	68	197	451	716	130	135	451	716
ಒಬಿಸಿ	50	147	342	539	98	99	342	539
ಎಸ್ ಸಿ	11	45	91	147	27	29	91	147
ಎಸ್ ಟಿ	7	5	18	30	5	7	18	30
ಬಳ್ಳಾರಿ	51	93	255	399	84	60	255	399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ		1		1	1			1
ಒಬಿಸಿ	17	50	136	203	44	23	136	203
ಎಸ್ ಸಿ	32	29	87	148	28	33	87	148
ಎಸ್ ಟಿ	2	13	32	47	11	4	32	47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	15	96	170	281	91	20	170	281
ಒಬಿಸಿ	9	58	110	177	51	16	110	177
ಎಸ್ ಸಿ	5	33	47	85	34	4	47	85
ಎಸ್ ಟಿ	1	5	13	19	6		13	19
ಹಾವೇರಿ	27	63	324	414	33	57	324	414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1	1			1	1

ಒಬಿಸಿ	14	41	232	287	20	35	232	287
ಎಸ್ ಸಿ	9	11	48	68	7	13	48	68
ಎಸ್ ಟಿ	4	11	43	58	6	9	43	58
ಒಟ್ಟು	228	498	1378	2104	420	306	1378	2104

ಜಿಎಸ್‌ವೈ ಹಣದ ಬಳಕೆ

ಜಿಎಸ್‌ವೈ ಹಣದ ಬಳಕೆ	ಔಷಧಿಗಳು				ಆಹಾರ				ಸಾರಿಗೆ			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಖರೀದಿ ಐಚಿಫಿಜಿಫಿ												
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	37	104	153	294	61	80	153	294	61	80	153	294
ಒಬಿಸಿ	33	81	122	236	48	66	122	236	49	65	122	236
ಎಸ್ ಸಿ	4	20	23	47	12	12	23	47	11	13	23	47
ಎಸ್ ಟಿ		3	8	11	1	2	8	11	1	2	8	11
ಬೆಳಗಾವಿ	34	264	418	716	130	168	418	716	218	80	418	716
ಒಬಿಸಿ	28	192	319	539	103	117	319	539	175	45	319	539
ಎಸ್ ಸಿ	5	60	82	147	20	45	82	147	34	31	82	147
ಎಸ್ ಟಿ	1	12	17	30	7	6	17	30	9	4	17	30
ಬಳ್ಳಾರಿ	56	144	199	399	63	137	199	399	96	104	199	399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1	1			1	1			1	1
ಒಬಿಸಿ	24	65	114	203	23	66	114	203	39	50	114	203
ಎಸ್ ಸಿ	24	55	69	148	32	47	69	148	45	34	69	148
ಎಸ್ ಟಿ	8	24	15	47	8	24	15	47	12	20	15	47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	57	43	181	281	70	30	181	281	97	3	181	281
ಒಬಿಸಿ	33	28	116	177	41	20	116	177	59	2	116	177
ಎಸ್ ಸಿ	24	13	48	85	27	10	48	85	36	1	48	85

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಎಸ್ ಟಿ		2	17	19	2		17	19	2		17	19
ಹಾವೇರಿ	45	294	75	414	176	163	75	414	208	131	75	414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1		1		1	1			1
ಒಬಿಸಿ	36	210	41	287	113	133	41	287	140	106	41	287
ಎಸ್ ಸಿ	5	52	11	68	38	19	11	68	42	15	11	68
ಎಸ್ ಟಿ	3	32	23	58	25	10	23	58	25	10	23	58
ಒಟ್ಟು	229	849	1026	2104	500	578	1026	2104	680	398	1026	2104

ಜೀವಿಸ್ ವೈ ಹಣದ ಬಳಕೆ

ಜೀವಿಸ್ ವೈ ಹಣದ ಬಳಕೆ	ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆ ಉತ್ಪನ್ನಗಳು				ಬಳಸಬೇಡಿ				ವೈಯಕ್ತಿಕ ಬಳಕೆ			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಖರೀದಿ ಐಚಿಫಿಜಿಫಿ												
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	131	10	153	294	141		153	294	139	2	153	294
ಒಬಿಸಿ	106	8	122	236	114		122	236	112	2	122	236
ಎಸ್ ಸಿ	22	2	23	47	24		23	47	24		23	47
ಎಸ್ ಟಿ	3		8	11	3		8	11	3		8	11
ಬೆಳಗಾವಿ	162	136	418	716	276	22	418	716	269	29	418	716
ಒಬಿಸಿ	122	98	319	539	213	7	319	539	209	11	319	539
ಎಸ್ ಸಿ	35	30	82	147	50	15	82	147	47	18	82	147
ಎಸ್ ಟಿ	5	8	17	30	13		17	30	13		17	30
ಬಳ್ಳಾರಿ	154	46	199	399	198	2	199	399	199	1	199	399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1	1			1	1			1	1
ಒಬಿಸಿ	74	15	114	203	88	1	114	203	89		114	203
ಎಸ್ ಸಿ	54	25	69	148	79		69	148	78	1	69	148

ಎಸ್ ಟಿ	26	6	15	47	31	1	15	47	32		15	47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	39	61	181	281	100		181	281	93	7	181	281
ಒಬಿಸಿ	26	35	116	177	61		116	177	57	4	116	177
ಎಸ್ ಸಿ	11	26	48	85	37		48	85	34	3	48	85
ಎಸ್ ಟಿ	2		17	19	2		17	19	2		17	19
ಹಾವೇರಿ	137	202	75	414	328	11	75	414	293	46	75	414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ		1		1	1			1	1			1
ಒಬಿಸಿ	110	136	41	287	237	9	41	287	207	39	41	287
ಎಸ್ ಸಿ	17	40	11	68	55	2	11	68	52	5	11	68
ಎಸ್ ಟಿ	10	25	23	58	35		23	58	33	2	23	58
ಒಟ್ಟು	623	455	1026	2104	1043	35	1026	2104	993	85	1026	2104

ಜಿಎಸ್‌ವೈ ಹಣದ ಬಳಕೆ

ಜಿಎಸ್‌ವೈ ಹಣದ ಬಳಕೆ	ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಖರೀದಿ ಐಚಿಫಿಜಿಫಿ				
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	138	3	153	294
ಒಬಿಸಿ	112	2	122	236
ಎಸ್ ಸಿ	23	1	23	47
ಎಸ್ ಟಿ	3		8	11
ಬೆಳಗಾವಿ	290	8	418	716
ಒಬಿಸಿ	216	4	319	539
ಎಸ್ ಸಿ	61	4	82	147
ಎಸ್ ಟಿ	13		17	30
ಬಳ್ಳಾರಿ	198	2	199	399

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1	1
ಒಬಿಸಿ	89		114	203
ಎಸ್ ಸಿ	78	1	69	148
ಎಸ್ ಟಿ	31	1	15	47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	99	1	181	281
ಒಬಿಸಿ	60	1	116	177
ಎಸ್ ಸಿ	37		48	85
ಎಸ್ ಟಿ	2		17	19
ಹಾವೇರಿ	339		75	414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1
ಒಬಿಸಿ	246		41	287
ಎಸ್ ಸಿ	57		11	68
ಎಸ್ ಟಿ	35		23	58
ಒಟ್ಟು	1064	14	1026	2104

ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಹಣದ ಬಳಕೆ

ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಹಣದ ಬಳಕೆ	ಔಷಧಿಗಳು				ಆಹಾರ				ಸಾರಿಗೆ			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಖರೀದಿ ಐಚಿಫಿಜಿಫಿ												
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	63	83	148	294	86	60	148	294	58	88	148	294
ಒಬಿಸಿ	52	63	121	236	69	46	121	236	46	69	121	236
ಎಸ್ ಸಿ	8	18	21	47	14	12	21	47	11	15	21	47

ಎಸ್ ಟಿ	3	2	6	11	3	2	6	11	1	4	6	11
ಬೆಳಗಾವಿ	104	207	405	716	178	133	405	716	244	67	405	716
ಒಬಿಸಿ	85	139	315	539	139	85	315	539	187	37	315	539
ಎಸ್ ಸಿ	15	57	75	147	28	44	75	147	45	27	75	147
ಎಸ್ ಟಿ	4	11	15	30	11	4	15	30	12	3	15	30
ಬಳ್ಳಾರಿ	55	129	215	399	62	122	215	399	93	91	215	399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1	1			1	1			1	1
ಒಬಿಸಿ	17	61	125	203	28	50	125	203	37	41	125	203
ಎಸ್ ಸಿ	30	49	69	148	25	54	69	148	42	37	69	148
ಎಸ್ ಟಿ	8	19	20	47	9	18	20	47	14	13	20	47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	42	55	184	281	86	11	184	281	87	10	184	281
ಒಬಿಸಿ	24	28	125	177	45	7	125	177	46	6	125	177
ಎಸ್ ಸಿ	18	20	47	85	34	4	47	85	34	4	47	85
ಎಸ್ ಟಿ		7	12	19	7		12	19	7		12	19
ಹಾವೇರಿ	39	267	108	414	158	148	108	414	175	131	108	414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1	1			1	1			1
ಒಬಿಸಿ	32	191	64	287	102	121	64	287	118	105	64	287
ಎಸ್ ಸಿ	5	44	19	68	28	21	19	68	34	15	19	68
ಎಸ್ ಟಿ	1	32	25	58	27	6	25	58	22	11	25	58
ಒಟ್ಟು	303	741	1060	2104	570	474	1060	2104	657	387	1060	2104

ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಹಣದ ಬಳಕೆ

ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಹಣದ ಬಳಕೆ	ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆ ಉತ್ಪನ್ನಗಳು	ಬಳಸಿಲ್ಲ	ವೈಯಕ್ತಿಕ ಬಳಕೆ
------------------------	------------------------	---------	---------------

ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಹಣದ ಬಳಕೆ

ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಹಣದ ಬಳಕೆ	ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಖರೀದಿ ಐಚಿಫಿಜಿಟಿ				
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	141	5	148	294
ಒಬಿಸಿ	111	4	121	236
ಎಸ್ ಸಿ	25	1	21	47
ಎಸ್ ಟಿ	5		6	11
ಬೆಳಗಾವಿ	294	17	405	716
ಒಬಿಸಿ	214	10	315	539
ಎಸ್ ಸಿ	65	7	75	147
ಎಸ್ ಟಿ	15		15	30
ಬಳ್ಳಾರಿ	184		215	399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1	1
ಒಬಿಸಿ	78		125	203
ಎಸ್ ಸಿ	79		69	148
ಎಸ್ ಟಿ	27		20	47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	97		184	281
ಒಬಿಸಿ	52		125	177
ಎಸ್ ಸಿ	38		47	85
ಎಸ್ ಟಿ	7		12	19
ಹಾವೇರಿ	305	1	108	414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1
ಒಬಿಸಿ	222	1	64	287

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಎಸ್ ಸಿ	49		19	68
ಎಸ್ ಟಿ	33		25	58
ಒಟ್ಟು	1021	23	1060	2104

ಉತ್ತೇಜನ ಹಣ ಸಮಯ

ಉತ್ತೇಜನ ಹಣ ಸಮಯ	ಪ್ರೆಗ್ನನ್ಸಿ ಪತ್ತೆಹಚ್ಚುವಲ್ಲಿ				ಹರಿಗೆಯ ಸಮಯದ ಸುತ್ತ				ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	133	161		294	114	180		294	206	88		294
ಒಬಿಸಿ	105	131		236	96	140		236	168	68		236
ಎಸ್ ಸಿ	23	24		47	15	32		47	31	16		47
ಎಸ್ ಟಿ	5	6		11	3	8		11	7	4		11
ಬೆಳಗಾವಿ	422	290	4	716	170	542	4	716	348	364	4	716
ಒಬಿಸಿ	337	199	3	539	133	403	3	539	269	267	3	539
ಎಸ್ ಸಿ	68	78	1	147	23	123	1	147	66	80	1	147
ಎಸ್ ಟಿ	17	13		30	14	16		30	13	17		30
ಬಳ್ಳಾರಿ	374	24	1	399	29	369	1	399	277	121	1	399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1		1		1	1			1
ಒಬಿಸಿ	190	12	1	203	22	180	1	203	152	50	1	203
ಎಸ್ ಸಿ	139	9		148	5	143		148	94	54		148
ಎಸ್ ಟಿ	44	3		47	2	45		47	30	17		47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	251	29	1	281	91	189	1	281	211	69	1	281
ಒಬಿಸಿ	161	15	1	177	61	115	1	177	143	33	1	177
ಎಸ್ ಸಿ	75	10		85	27	58		85	64	21		85

ಎಸ್ ಟಿ	15	4		19	3	16		19	4	15		19
ಹಾವೇರಿ	191	222	1	414	151	262	1	414	216	197	1	414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1	1			1	1			1
ಒಬಿಸಿ	133	153	1	287	107	179	1	287	147	139	1	287
ಎಸ್ ಸಿ	28	40		68	22	46		68	31	37		68
ಎಸ್ ಟಿ	29	29		58	21	37		58	37	21		58
ಒಟ್ಟು	1667	726	7	2104	555	362	7	2104	1258	839	7	2104

ಉತ್ತೇಜನ ಹಣ ಸಮಯ	ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ				ಸಾರಿಗೆಗಾಗಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ				ಔಷಧಿಗಾಗಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಖರೀದಿ ಐಚಿಫಿಜಿಫಿ												
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	251	43		294	268	26		294	268	26		294
ಒಬಿಸಿ	203	33		236	219	17		236	216	20		236
ಎಸ್ ಸಿ	39	8		47	40	7		47	42	5		47
ಎಸ್ ಟಿ	9	2		11	9	2		11	10	1		11
ಬೆಳಗಾವಿ	534	178	4	716	549	163	4	716	562	150	4	716
ಒಬಿಸಿ	418	118	3	539	426	110	3	539	436	100	3	539
ಎಸ್ ಸಿ	91	55	1	147	98	48	1	147	99	47	1	147
ಎಸ್ ಟಿ	25	5		30	25	5		30	27	3		30
ಬಳ್ಳಾರಿ	380	18	1	399	394	4	1	399	396	2	1	399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1	1			1	1			1
ಒಬಿಸಿ	198	4	1	203	201	1	1	203	202		1	203
ಎಸ್ ಸಿ	137	11		148	146	2		148	147	1		148
ಎಸ್ ಟಿ	44	3		47	46	1		47	46	1		47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	255	25	1	281	270	10	1	281	240	40	1	281

ಎಸ್ ಟಿ	10	37		47	4	43		47	18	29		47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	77	204		281	95	186		281	83	198		281
ಒಬಿಸಿ	44	133		177	64	113		177	45	132		177
ಎಸ್ ಸಿ	30	55		85	28	57		85	22	63		85
ಎಸ್ ಟಿ	3	16		19	3	16		19	16	3		19
ಹಾವೇರಿ	127	287		414	174	240		414	200	214		414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ		1		1	1			1	1			1
ಒಬಿಸಿ	80	207		287	118	169		287	126	161		287
ಎಸ್ ಸಿ	22	46		68	27	41		68	40	28		68
ಎಸ್ ಟಿ	25	33		58	28	30		58	33	25		58
ಒಟ್ಟು	674	1427	3	2104	615	1486	3	2104	781	1320	3	2104

ಉತ್ತೇಜನ ಹಣ ಸಮಯ	ಔಷಧಿ ಖರೀದಿಸಲು				ಪೂರ್ವಭಾವಿಯಾಗಿ ಇತರ ಅನಾರೋಗ್ಯ				ಕೌನ್ಸಿಲಿಂಗ್ ಮದರ್ ಕ್ಲಾಸ್ಟ್ ಕ್ಲಾಸ್			
	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಖರೀದಿ ಐಚಿಐಜಿಒ												
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	54	240		294	250	44		294	237	57		294
ಒಬಿಸಿ	46	190		236	201	35		236	198	38		236
ಎಸ್ ಸಿ	7	40		47	40	7		47	31	16		47
ಎಸ್ ಟಿ	1	10		11	9	2		11	8	3		11
ಬೆಳಗಾವಿ	250	463	3	716	567	146	3	716	627	86	3	716
ಒಬಿಸಿ	193	344	2	539	420	117	2	539	475	62	2	539
ಎಸ್ ಸಿ	43	103	1	147	120	26	1	147	124	22	1	147
ಎಸ್ ಟಿ	14	16		30	27	3		30	28	2		30
ಬಳ್ಳಾರಿ	133	266		399	336	63		399	379	20		399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1	1			1	1			1

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಒಬಿಸಿ	68	135		203	170	33		203	197	6		203
ಎಸ್ ಸಿ	55	93		148	128	20		148	138	10		148
ಎಸ್ ಟಿ	9	38		47	37	10		47	43	4		47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	89	192		281	273	8		281	242	39		281
ಒಬಿಸಿ	64	113		177	171	6		177	163	14		177
ಎಸ್ ಸಿ	24	61		85	83	2		85	73	12		85
ಎಸ್ ಟಿ	1	18		19	19			19	6	13		19
ಹಾವೇರಿ	221	193		414	285	129		414	329	85		414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ		1		1		1		1	1			1
ಒಬಿಸಿ	149	138		287	200	87		287	230	57		287
ಎಸ್ ಸಿ	34	34		68	42	26		68	52	16		68
ಎಸ್ ಟಿ	38	20		58	43	15		58	46	12		58
ಒಟ್ಟು	747	1354	3	2104	1711	390	3	2104	1814	287	3	2104
ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ	ಸ್ವಂತ ಎರಡು ಚಕ್ರ ವಾಹನ				ಬಸ್				ಖಾಸಗಿ ವಾಹನಕ್ಕೆ ನೀಡಿರುವುದು			
ಖರೀದಿ ಐಚಿಫಿಜಿಫಿ	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	260	34		294	279	15		294	152	142		294
ಒಬಿಸಿ	215	21		236	225	11		236	121	115		236
ಎಸ್ ಸಿ	35	12		47	44	3		47	27	20		47
ಎಸ್ ಟಿ	10	1		11	10	1		11	4	7		11
ಬೆಳಗಾವಿ	617	97	2	716	431	283	2	716	543	171	2	716
ಒಬಿಸಿ	479	59	1	539	328	210	1	539	421	117	1	539
ಎಸ್ ಸಿ	110	36	1	147	90	56	1	147	101	45	1	147
ಎಸ್ ಟಿ	28	2		30	13	17		30	21	9		30
ಬಳ್ಳಾರಿ	375	23	1	399	326	72	1	399	321	77	1	399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ		1		1	1			1	1			1

ಒಬಿಸಿ	192	11		203	159	44		203	166	37		203
ಎಸ್ ಸಿ	140	7	1	148	123	24	1	148	125	22	1	148
ಎಸ್ ಟಿ	43	4		47	43	4		47	29	18		47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	264	16	1	281	212	68	1	281	152	128	1	281
ಒಬಿಸಿ	164	12	1	177	135	41	1	177	91	85	1	177
ಎಸ್ ಸಿ	82	3		85	60	25		85	45	40		85
ಎಸ್ ಟಿ	18	1		19	17	2		19	16	3		19
ಹಾವೇರಿ	345	69		414	284	130		414	290	124		414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1	1			1	1			1
ಒಬಿಸಿ	241	46		287	193	94		287	190	97		287
ಎಸ್ ಸಿ	59	9		68	47	21		68	51	17		68
ಎಸ್ ಟಿ	44	14		58	43	15		58	48	10		58
ಒಟ್ಟು	1515	239	4	2104	1532	568	4	2104	1458	642	4	2104
ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ವಿಧಗಳು	ನಡಿಗೆ			ಸರ್ಕಾರಿ ಆಂಬ್ಯೂಲೆನ್ಸ್				ಖಾಸಗಿ ಆಂಬ್ಯೂಲೆನ್ಸ್				
ಖರೀದಿ ಐಚ್ಛಿಜ್ಞೆ	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	279	15		294	282	12		294	293	1		294
ಒಬಿಸಿ	226	10		236	225	11		236	235	1		236
ಎಸ್ ಸಿ	42	5		47	46	1		47	47			47
ಎಸ್ ಟಿ	11			11	11			11	11			11
ಬೆಳಗಾವಿ	640	74	2	716	586	128	2	716	666	48	2	716
ಒಬಿಸಿ	496	42	1	539	452	86	1	539	507	31	1	539
ಎಸ್ ಸಿ	115	31	1	147	108	38	1	147	129	17	1	147
ಎಸ್ ಟಿ	29	1		30	26	4		30	30			30
ಬಳ್ಳಾರಿ	371	27	1	399	300	98	1	399	379	19	1	399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1	1			1	1			1

ಒಬಿಸಿ	137	66						203
ಎಸ್ ಸಿ	94	53			1			148
ಎಸ್ ಟಿ	37	10						47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	237	43			1			281
ಒಬಿಸಿ	159	17			1			177
ಎಸ್ ಸಿ	73	12						85
ಎಸ್ ಟಿ	5	14						19
ಹಾವೇರಿ	375	39						414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ		1						1
ಒಬಿಸಿ	259	28						287
ಎಸ್ ಸಿ	62	6						68
ಎಸ್ ಟಿ	54	4						58
ಒಟ್ಟು	1515	585			4			2104
ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗಾಗಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆ	ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದು				ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಮಾಡುವುದು			
ಖರೀದಿ ಐಚಿಫಿಜಿಫಿ	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	54	240		294	97	197		294
ಒಬಿಸಿ	41	195		236	78	158		236
ಎಸ್ ಸಿ	11	36		47	15	32		47
ಎಸ್ ಟಿ	2	9		11	4	7		11
ಬೆಳಗಾವಿ	100	603	13	716	116	587	13	716
ಒಬಿಸಿ	84	443	12	539	90	437	12	539
ಎಸ್ ಸಿ	9	137	1	147	18	128	1	147
ಎಸ್ ಟಿ	7	23		30	8	22		30
ಬಳ್ಳಾರಿ	39	358	2	399	98	299	2	399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1		1		1

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಒಬಿಸಿ	16	185	2	203	65	136	2	203
ಎಸ್ ಸಿ	20	128		148	27	121		148
ಎಸ್ ಟಿ	2	45		47	6	41		47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	54	226	1	281	97	183	1	281
ಒಬಿಸಿ	33	144		177	57	120		177
ಎಸ್ ಸಿ	20	64	1	85	36	48	1	85
ಎಸ್ ಟಿ	1	18		19	4	15		19
ಹಾವೇರಿ	134	280		414	68	346		414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ		1		1		1		1
ಒಬಿಸಿ	93	194		287	47	240		287
ಎಸ್ ಸಿ	24	44		68	9	59		68
ಎಸ್ ಟಿ	17	41		58	12	46		58
ಒಟ್ಟು	381	1707	16	2104	476	1612	16	2104
ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗಾಗಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆ	ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ನೀಡುವುದು				ಸಾರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದು			
ಖರೀದಿ ಐಚಿಫಿಜಿಫಿ	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	237	57		294	243	51		294
ಒಬಿಸಿ	194	42		236	201	35		236
ಎಸ್ ಸಿ	34	13		47	33	14		47
ಎಸ್ ಟಿ	9	2		11	9	2		11
ಬೆಳಗಾವಿ	482	221	13	716	547	156	13	716
ಒಬಿಸಿ	369	158	12	539	419	108	12	539
ಎಸ್ ಸಿ	88	58	1	147	103	43	1	147
ಎಸ್ ಟಿ	25	5		30	25	5		30
ಬಳ್ಳಾರಿ	255	142	2	399	376	21	2	399

ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	1			1	1			1
ಒಬಿಸಿ	140	61	2	203	192	9	2	203
ಎಸ್ ಸಿ	94	54		148	138	10		148
ಎಸ್ ಟಿ	20	27		47	45	2		47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	160	120	1	281	159	121	1	281
ಒಬಿಸಿ	106	71		177	110	67		177
ಎಸ್ ಸಿ	50	34	1	85	45	39	1	85
ಎಸ್ ಟಿ	4	15		19	4	15		19
ಹಾವೇರಿ	212	202		414	319	95		414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ		1		1		1		1
ಒಬಿಸಿ	145	142		287	226	61		287
ಎಸ್ ಸಿ	34	34		68	51	17		68
ಎಸ್ ಟಿ	33	25		58	42	16		58
ಒಟ್ಟು	1346	742	16	2104	1644	444	16	2104

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ನಗದು ಪೋಷಣ್ಣದ ಅರ್ಹತೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು					
Row Labels	ಇಂದಿನ ಜಗತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಸರಕು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ವೆಚ್ಚ	ಯೋಜನೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾದ ಹಣವು ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ.	ಇತರೆ	ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ	ಒಟ್ಟು
ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	185	24	33	52	294
ಒಬಿಸಿ	156	20	28	32	236
ಎಸ್ ಸಿ	25	3	3	16	47
ಎಸ್ ಟಿ	4	1	2	4	11
ಬೆಳಗಾವಿ	272	267	65	112	716
ಒಬಿಸಿ	207	204	46	82	539
ಎಸ್ ಸಿ	58	50	12	27	147
ಎಸ್ ಟಿ	7	13	7	3	30
ಬಳ್ಳಾರಿ	129	213	47	10	399
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ			1		1
ಒಬಿಸಿ	61	103	34	5	203
ಎಸ್ ಸಿ	48	84	11	5	148
ಎಸ್ ಟಿ	20	26	1		47
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	126	128	19	8	281
ಒಬಿಸಿ	80	80	14	3	177
ಎಸ್ ಸಿ	29	47	4	5	85
ಎಸ್ ಟಿ	17	1	1		19
ಹಾವೇರಿ	252	141	10	11	414
ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲ		1			1
ಒಬಿಸಿ	174	99	6	8	287
ಎಸ್ ಸಿ	40	25	1	2	68
ಎಸ್ ಟಿ	38	16	3	1	58
ಒಟ್ಟು	964	773	174	193	2104

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಕರ್ಯ ಮಾತ್ರ

ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	ಹರಿಗೆಯ ವೆಚ್ಚ					ಒಟ್ಟು ಹರಿಗೆ ಖರ್ಚು				
	ಸರಾಸರಿ	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ	95% ಸಿಐ	ಟ್ರಿಪ್ಲ್ ಮೀನ್ಸ್	ಮೀಡಿಯನ್	ಸರಾಸರಿ	ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಚಲನ	95% ಸಿಐ	ಟ್ರಿಪ್ಲ್ ಮೀನ್ಸ್	ಮೀಡಿಯನ್
ಪಿಎಚ್‌ಸಿ	9126	8571	5225-13028	8824	6100	14626	12669	8859-20393	14059	10990
ಸಿಎಚ್‌ಸಿ	7700	7730.028	-4600-20000	7378	4800	11003	11474	7255-29260	10463	11474
ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ	10230	7387	9112-11349	9930	8000	14904	10759	13275-16533	14238	11955

ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	13903	8045	10952 - 16854	1404 7	14000	19337	10234	15583 - 23091	1920 4	19900
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು	15533	3602	6586- 24481		15400	25601	12339	- 5052- 56254		20900
ಒಟ್ಟು										
ಬೆಳಗಾವಿ										
ಪಿಎಚ್‌ಸಿ	5231	5666	4386- 6076	4535	3200	10140	9061	8788- 11492	9210	7100
ಸಿಎಚ್‌ಸಿ	9536	8098	8211- 10860	9125	6450	16192	10350	14499 - 17885	1572 6	13750
ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ	6725	6853	5562- 7887	6094	4000	13198	10524	11413- 14982	1237 7	9660
ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	6828	7279	5052- 8603	6209	4500	14595	11383	11818- 17371	1390 7	11110
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು										
ಒಟ್ಟು										
ಬಳ್ಳಾರಿ										
ಪಿಎಚ್‌ಸಿ	6246	5551	5197- 7295	5694	5000	14117	9244	12370 - 15864	13313	11875
ಸಿಎಚ್‌ಸಿ	5276	4911	4039- 6513	4682	4500	12599	8747	10396 - 14802	11910	10603
ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ	9031	8917	7195- 10868	8073	6500	16144	9433	14202 - 18087	1560 0	13550
ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	10175	6823	8442- 11907	9792	7400	20073	12538	16888 - 23257	1990 5	16575
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು										
ಒಟ್ಟು										
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು										
ಪಿಎಚ್‌ಸಿ	15732	7565	13245 - 18218	1584 6	16850	25349	10587	21869 - 28829	2554 7	27277
ಸಿಎಚ್‌ಸಿ	12430	7606	9421- 15438	1230 6	10500					
ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ						2008 2	10040	16110- 24053	2001 7	21700
ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	12166	7560	11003 - 13328	1201 8	10500	21074	11635	19286 - 22863	2109 7	18500

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು	18500	2082	15188 - 21812	1850 0	18500	29978	6650	19395 - 40560	2975 8	28005
ಒಟ್ಟು										
ಹಾವೇರಿ										
ಪಿಎಚ್‌ಸಿ	6204	4148	5558- 6849	5782	5500	10061	5319	9233- 10889	9581	9051
ಸಿಎಚ್‌ಸಿ	8683	6578	1780- 15586	8665	10600	15677	11699	3399- 27954	15196	14725
ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ	6159	3325	5466- 6851	5842	6100	9063	3937	8243- 9883	8769	8050
ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	8086	6422	6818- 9354	7443	6200	13100	6990	11720 - 14480	1249 4	11450
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು	10977	7113	7824- 14131	1090 9	9550	16492	8548	12702 - 20282	16514	12675
ಒಟ್ಟು										
ಬೆಂಗಳೂರು										
ಪಿಎಚ್‌ಸಿ	6714	6131	6178- 7250	6132	5000	12312	9349	11495 -13130	11488	9701
ಸಿಎಚ್‌ಸಿ	8253	7481	7257- 9250	7730	5200	15049	10044	13711- 16387	14491	12701
ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ	8491	7268	7863- 9119	7936	6100	13921	9901	13065 - 14776	13146	11100
ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	10196	7523	9479- 10912	9841	8000	17892	11214	16824 - 18960	1755 0	14726
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು	12915	6865	10396 - 15433	1303 2	14400	2022 0	10182	16486 - 23955	2013 9	20800
ಒಟ್ಟು										

ಬಳ್ಳಾರಿ ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು ಹಾವೇರಿ ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಬೆಳಗಾವಿ
ಕೇಂದ್ರೀಯ ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆಯ ವಿವರಣೆ

ಕ್ರ.ಸಂ	ಥೀಮಾಗಳು	ಬಳ್ಳಾರಿ	ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು	ಹಾವೇರಿ	ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮೀಣ	ಬೆಳಗಾವಿ
1	ಅರಿವು					
1.1	ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದ ಬಗ್ಗೆ ಹೊಸ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀವು ಎಲ್ಲಿಂದ ಪಡೆಯುತ್ತೀರಿ ?.	ಮಾಹಿತಿಯ ಪ್ರಮುಖ ಮೂಲಗಳು ಆಶಾ ಮತ್ತು ಅಂಗನವಾಡಿ ವರ್ಕರ್ಸ್ ಮತ್ತು ನಂತರ ಜಾಹೀರಾತುಗಳ ೧. ಟಿವಿ, ಪತ್ರಿಕೆ ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಇವು ಇತರ ಮಾಹಿತಿಯ ಮೂಲಗಳು.	ಮಾಹಿತಿಯ ಪ್ರಮುಖ ಮೂಲಗಳು ಆಶಾ ಮತ್ತು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೆಲಸಗಾರರು ಮತ್ತು ನಂತರ ಸಂಬಂಧಿಗಳು, ನೆರೆಹೊರೆಯವರು ಮತ್ತು ಸ್ನೇಹಿತರು. ಇತರ ಮಾಹಿತಿಯ ಮೂಲಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಎಚ್‌ಸಿ, ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರದ ಇತರ ದಾದಿಯರು ಸೇರಿದ್ದಾರೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ಟೆಲಿವಿಷನ್ ಮತ್ತು ಸ್ವಸಹಾಯ ಸಭೆಗಳು.	ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯ ಪ್ರಮುಖ ಮೂಲವೆಂದರೆ ಆಶಾ ಮತ್ತು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಮಿಕರು.	ಅಂಗನವಾಡಿಯಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಸಭೆಗಳು ಮತ್ತು ಆಶಾ ಅವರಿಂದ ಮನೆ ಭೇಟಿಗಳ ಸಮಯದಲ್ಲಿ.	ಸಿಎಚ್‌ಸಿ, ಎಎನ್‌ಎಂ, ಆಶಾ, ಟಿವಿ, ಸ್ನೇಹಿತರು, ಅಂಗನವಾಡಿ, ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು.
2	ಯೋಜನೆಗಳ ತಲುಪುವಿಕೆ					
2.2	2014-2015, 2015-2016 ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತುತ	ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರ ಪ್ರಕಾರ, ಎಲ್ಲಾ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು	ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರ ಪ್ರಕಾರ, ಪ್ರಸ್ತುತ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಮೊತ್ತವು	ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಹರಿಗೆಯ	ದಸ್ತಾವೇಜುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಕಾಗುಣಿತ ತಪ್ಪುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವಂತ	ದಸ್ತಾವೇಜು ಸಮಸ್ಯೆ ಮತ್ತು ಮಾಹಿತಿಯ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

(ಪ್ರೇಕ್ಷಕರಿಗೆ ಅನ್ವಯಿಸುವಂತೆ ಕೇಳಿ ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದ ಕ್ರಮಬದ್ಧತೆ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತ ಸಮಯದ ವಿತರಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ನಿಮಗೆ ಹೇಗೆ ಅನಿಸಿತು?)	ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರವೂ ಅವರು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಿಲ್ಲ. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಗಳು ಕೆಲವು ಜನರಿಗೆ ತಲುಪುತ್ತವೆ ಆದರೆ ಅದು ತುಂಬಾ ಅಪರೂಪ. ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂದು ಅವರು ನಂಬುತ್ತಾರೆ.	ಸಾಕಷ್ಟಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಅಂತಹ ಸಣ್ಣ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಗಳಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವುದು ತುಂಬಾ ಕಷ್ಟ. ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಹಣವನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡದಿರುವ ಬಗ್ಗೆಯೂ ಅವರು ಕಳವಳ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ತಲುಪುತ್ತಿಲ್ಲ. ಉಚಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ತಾಯಿಯ ಕಿಟಾಂಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಸರಿಯಾಗಿ	ನಂತರ ಜೆಎಸ್‌ವೈ ಮತ್ತು ಪಿಎ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಹಣವನ್ನು ಎಎನ್‌ಸಿ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬಳಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಹೆರಿಗೆಯ ಮೊದಲು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಜಮಾ ಮಾಡಬೇಕು ಎಂಬುದು ಅವರ ಕಳಕಳಿ.	ಹ ದಾಖಲೆಗಳ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದಾಗಿ ನಾವು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಹಣವನ್ನು ಪಡೆಯದಿರಬಹುದು. ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಕೆಲವರು ಸೂಕ್ತ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರವೂ ಮಾತೃತ್ವ ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಹಣವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿಲ್ಲ.	ಎಲ್ಲಾ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು ದೊರೆತಿಲ್ಲ.
--	--	---	---	---	--

			ಸ್ವಂದಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂದು ಸಹ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.			
3	ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ವಸ್ತುಗಳು					
3.1	ಉಚಿತ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಗಳು ಮತ್ತು ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದ ಹೊರತಾಗಿಯೂ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾರಣಗಳು ಯಾವುವು?	ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾರಣಗಳು ಹೀಗಿವೆ: 1. ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಕಾನಿಂಗ್, ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ ಇತ್ಯಾದಿಗಳಿಗೆ ಮೂಲಸೌಕಯ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಲ್ಲ, ಅದು ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ಖಾಸಗಿ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಹೋಗಲು ಒತ್ತಾಯಿಸುತ್ತದೆ ; 2. ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಗಳು ಸಹ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ, ಇದನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷೆ	ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾರಣಗಳು: 1. ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಗಳು ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಅವುಗಳನ್ನು ಹೊರಗಿನಿಂದ ಖರೀದಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ; 2. ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಮಯ ಸಾರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸಹ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಖಾಸಗಿ ವಾಹನಗಳನ್ನು ಬಾಡಿಗೆಗೆ ಪಡೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ; 3. ಸ್ಕಾನಿಂಗ್, ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ	ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾರಣಗಳು ಹೀಗಿವೆ: 1. ಹಾವೇರಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಲ್ಯಾಬ್ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಲ್ಲ, ಆದ್ದರಿಂದ ಅವರು ಖಾಸಗಿ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ; 2. ನಿಯಮಿತ ತಪಾಸಣೆಯಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವೂ ಇರುತ್ತದೆ.	ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಬಂದಾಗಲೆಲ್ಲಾ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇವೆಗಳನ್ನು (ಉನ್ನತ ಉಲ್ಲೇಖಿತ ಕೇಂದ್ರಗಳು) ನಮ್ಮಿಂದಲೇ ಭರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಮಾತೃತ್ವ ಆರೈಕೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಖರ್ಚಾಗಿದೆ.	1. ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಗಳು ಸಮಗ್ರವಾಗಿಲ್ಲ. ; 2. ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ಹಣ ಲಭ್ಯವಿದೆ; 3. ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಾರಿಗೆಯ ಲಭ್ಯತೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು / ತಮ್ಮ ಹೊಲಗಳಲ್ಲಿ ಮನೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಿದ ಜನರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿದೆ; 4. ಆಹಾರದ ರೂಪದಲ್ಲಿ ವೈಯಕ್ತಿಕ ವೆಚ್ಚಗಳು; 5. ಲ್ಯಾಬ್ ತಪಾಸಣೆ, ಸ್ಕಾನಿಂಗ್ ಮತ್ತು

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

		ಹೊರಗಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಳಿಗೆಗಳಿಂದ ಖರೀದಿಸಬೇಕು ; 3. ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗಳು ಉತ್ತಮವಾಗಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಅವರು ಭರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.	ಮುಂತಾದ ಪ್ರಮುಖ ಲ್ಯಾಬ್ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಖಾಸಗಿ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಹೋಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ; 4. ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ರೂ. ಚೆಕಪ್ ಇತ್ಯಾದಿಗಳಿಗೆ ಹೋದಾಗ ಪ್ರತಿ ಬಾರಿ ವೈದ್ಯರಿಗೆ 500 ರೂ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.			ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆಗೆ ಸಹ.
3.	ನಗದು	ನಗದು	ನಗದು	ನಗದು	ನಗದು	ನಗದು
2	ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ನ ಪ್ರಮುಖ ತೊಂದರೆಗಳ ಯಾವುವು?	ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ತೊಂದರೆ ಎಂದರೆ ಸರಿಯಾದ ದಾಖಲಾತಿಗಳ ಕೊರತೆ. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ವಲಸೆಯ	ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ತೊಂದರೆ ಎಂದರೆ ಸರಿಯಾದ ದಾಖಲಾತಿಗಳ ಕೊರತೆ. ದಾಖಲೆಗಳು ಸರಿಯಾದ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿರುವಾಗ	ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆದಾರರು ಯಾವುದೇ ಪ್ರಮುಖ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿಲ್ಲ. ಅವರಲ್ಲಿ ಕೆಲವರು	ದಸ್ತಾವೇಜುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಕಾಗುಣಿತ ತಪ್ಪುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವಂತಹ ದಾಖಲೆ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದಾಗಿ ನಾವು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಹಣವನ್ನು ಪಡೆಯದಿರಬಹುದು. ಸಮಯಕ್ಕೆ	1. ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ನಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿ ಸಿಗುವುದಿಲ್ಲ .; 2. ಎಲ್ಲಾ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರವೂ ನಮಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಸಿಗುವುದಿಲ್ಲ; 3. ಹೆರಿಗೆಗೆ ನಾವು

		ಕಾರಣ, ವಿಳಾಸಗಳಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಯ ಒಂದು ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗುತ್ತದೆ.	ಲೂ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯಿಂದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಸರಿಯಾಗಿಲ್ಲದ ಸಂದರ್ಭಗಳಿವೆ. ಹೆರಿಗೆಯ ಉದ್ದೇಶಗಳಿಗಾಗಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಇದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅರ್ಹರಲ್ಲ ಎಂದು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಮಯ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.	ಮಾತ್ರ ಕೆಲವು ದಾಖಲಾತಿ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದರು. ಕೆಲವೇ ಕೆಲವು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರು ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ತೆರೆಯುವಲ್ಲಿ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿವೆ, ಅದು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ವಿಳಂಬಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ.	ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಅವರು ಮಾತೃತ್ವ ಲಾಭದ ಅವಧಿಯ ನಂತರ ಚೆಕ್‌ಗಳನ್ನು ವಿತರಿಸುತ್ತಾರೆ, ಅದನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಮಾಡಲು ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ.	ತಾಯಂದಿರ ಮನೆಗೆ ಹೋದಾಗ ನಮಗೆ ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ದೊರೆಯುವುದಿಲ್ಲ; 4. ನಾವು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ಪಡೆಯುವುದಿಲ್ಲ; 5. ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಕೆಲವರು ಸೂಕ್ತವಾದ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ.
3.3	ನಾವು ಚರ್ಚಿಸಿದ ಎಲ್ಲ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ, ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗೆ ನಿಮಗೆ ಯಾವುದು ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗಿ	ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣಗಳು ಹೀಗಿವೆ: 1. ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಲ್ಯಾಬ್ ಮತ್ತು ಔಷಧಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿ; 2.	ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣಗಳು ಹೀಗಿವೆ: 1. ಲ್ಯಾಬ್ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಾದ ಸ್ಕಾನಿಂಗ್, ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ಸರ್ಕಾರಿ	ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣಗಳು ಹೀಗಿವೆ: 1. ಹಾವೇರಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಲ್ಯಾಬ್ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿ;	ಸಾರಿಗೆಗಾಗಿ ನಾವು ನಮ್ಮ ಜೇಬಿನಿಂದ ಖರ್ಚು ಮಾಡಬೇಕು. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ನಾವು ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಒಂದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಬಾರಿ	1. ಸಾರಿಗೆ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು.; 2. ಆಹಾರ.; 3. ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳಲ್ಲಿ ಸಮಗ್ರ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಲಭ್ಯತೆ ಇಲ್ಲ; 4. ಸ್ಕಾನಿಂಗ್ ಮತ್ತು ಲ್ಯಾಬ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು .; 5.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

<p>ದೇ ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ಉತ್ತಮ ವಿಧಾನ ಯಾವುದು?</p>	<p>ಉತ್ತಮ ಸಾರಿಗೆ ಸೇವೆಗಳ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿ (ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್‌ಗಳನ್ನು ಸಮಯಕ್ಕೆ ತಲುಪಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ). ಅದನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ಉತ್ತಮ ವಿಧಾನ ಹೀಗಿದೆ: ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸರ್ಕಾರ ಸುಧಾರಿಸಬೇಕು. ಅವರು ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ಕೆಲಸ ಮಾಡಬೇಕು.</p>	<p>ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಇದು ಜನರನ್ನು ಖಾಸಗಿ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಹೋಗಲು ಒತ್ತಾಯಿಸುತ್ತಿದೆ; 2. ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಹಣವು ಸಾಕಷ್ಟಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಬಾರಿ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಜನರಿಗೆ ತಲುಪುವುದಿಲ್ಲ. ಇದನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ಉತ್ತಮ ವಿಧಾನಗಳು ಹೀಗಿವೆ: 1. ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರ ಕೆಲಸ ಮಾಡಬೇಕು; 2. ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರಿಗೆ</p>	<p>2. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಗಳು ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಳಿಗೆಗಳಿಂದ ಖರೀದಿಸಬೇಕು ; 3. ಸಾರಿಗೆ ಸೇವೆಗಳ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿಯು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ಸಡಿಲಗೊಳಿಸುತ್ತಿದೆ. ಅದನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ಉತ್ತಮ ವಿಧಾನ ಹೀಗಿದೆ: ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಲ್ಯಾಬ್ ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸರ್ಕಾರ ಸುಧಾರಿಸಬೇಕು</p>	<p>ಭೇಟಿ ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಮಾತೃತ್ವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸಹ ಪಡೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.</p>	<p>ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗೆ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಪಾವತಿ. ಎಲ್ಲಾ ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗಳಲ್ಲಿ ಸಮಗ್ರ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಉತ್ತಮ ಮಾರ್ಗವಾಗಿದೆ.</p>
--	--	---	--	---	---

			ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದ ಪ್ರಯೋಜನ ಬಹಳ ವೇಗವಾಗಿ ತಲುಪಿದೆಯೇ ಎಂದು ಅವರು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು; 3. ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ತುಗಳಲ್ಲಿ ಭ್ರಷ್ಟಾಚಾರದ ನಿರ್ದೋಷಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕು.	೦ ಮತ್ತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಔಷಧಿಗಳು ಉಚಿತವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಾಗುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.		
4	ಆರ್ಥಿಕ ಸಮರ್ಪಕತೆ					
4.1	ನಗದು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಸಮರ್ಪಕತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ನಿಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯವೇನು?	ದುಬಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಹಣವು ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡರು. ಅವರಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ	ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಹಣ ವರ್ಗಾವಣೆ ಸಾಕಷ್ಟಿಲ್ಲ. ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನ ಪಡೆಯಲು ನಾವು ಕನಿಷ್ಠ ಒಂದು ವರ್ಷ ಕಾಯಬೇಕು. ಸಣ್ಣ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಮೊತ್ತವು ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ.	ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರ ಪ್ರಕಾರ, ದುಬಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಮೊತ್ತವು ಸಾಕಷ್ಟಿಲ್ಲ (ಇದು 700-1500ರವರೆಗೆ ಇರುತ್ತದೆ) ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಮಯ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ	ಇದು ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಾಕು.	ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಾಗ ನಮಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಸಿಗುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಒದಗಿಸಿದ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಹಣವು ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ನೀವು ಖಾಸಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಮಾಡಿದರೆ ನಿಮಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನ ಸಿಗುವುದಿಲ್ಲ. ನಮಗೆ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

		ಸರ್ಕಾರವು ಕೇವಲ ರೂ. 700-1500 ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಇದು ತುಂಬಾ ಕಡಿಮೆ ಮೊತ್ತವಾಗಿದೆ.	ಹೇಗಾದರೂ ನಾವು ಉಚಿತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅನೌಪಚಾರಿಕವಾಗಿ ಪಾವತಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಸರ್ಕಾರ ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕು.	ಮೊತ್ತವು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಸಮಯಕ್ಕೆ ತಲುಪುವುದಿಲ್ಲ. ಅದನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ಉತ್ತಮ ವಿಧಾನವೆಂದರೆ : ಸರ್ಕಾರವು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಕ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕು ಮತ್ತು ಅದು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ತಲುಪುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.		ಅರ್ಹವಾದ ಎಲ್ಲಾ ಯೋಜನೆಗಳು ನಮಗೆ ಸಿಗುವುದಿಲ್ಲ.
5	ಕ್ರಮಬದ್ಧತೆ ಮತ್ತು ನೈಜ-ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿತರಣೆ					
5.1	ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚದ ಬಗ್ಗೆ ನಿಮ್ಮ	ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರ ಪ್ರಕಾರ ಆಂಬುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಅಗತ್ಯವಿರುವಾಗ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ.	ಆಂಬುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗಳು ಬಹಳ ನಿಧಾನವಾಗಿವೆ. ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರ ಪ್ರಕಾರ, ಉಚಿತ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು	ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆದಾರರಿಗೆ ಆಂಬುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಂತೋಷವಾಗಿದೆ. ಅವರ	ಮಹಿಳೆ ಹೆರಿಗೆ ನೋವಿನಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವಾಗ ನಮಗೆ ಆಂಬುಲೆನ್ಸ್ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸಿಗುವುದಿಲ್ಲ.	ರಸ್ತೆಯ ಕೆಟ್ಟ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆ ಆಯ್ಕೆಗಳು ಕಡಿಮೆ ಆದ್ದರಿಂದ ನಾವು ಸಾರಿಗೆಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಖರ್ಚು ಮಾಡುತ್ತೇವೆ;

<p>ಅಭಿಪ್ರಾಯವೇನು? ಸರ್ಕಾರಿ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಹೊರತಾಗಿಯೂ ಹಣವನ್ನು ಸಾರಿಗೆಗಾಗಿ ಏಕೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ?</p>	<p>ಇದು ಖಾಸಗಿ ವಾಹನಗಳು ಮತ್ತು ಆಟೋಗಳನ್ನು ಬಳಸಲು ಒತ್ತಾಯಿಸುತ್ತದೆ.</p>	<p>ಅವರು ಚಾಲಕರಿಗೆ ಲಂಚ ಪಾವತಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ತುರ್ತು ಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್‌ಗಳನ್ನು ತಲುಪಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರ ೨ ತಮ್ಮ ಜೇಬಿನಿಂದ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಪಾವತಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಈ ಮೃದು ಭ್ರಷ್ಟಾಚಾರ ಮತ್ತು ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಯಾರಿಗೆ ದೂರು ನೀಡಬೇಕೆಂಬ ಕಲ್ಪನೆ ಅವರಿಗೆ ಇಲ್ಲ. ಒಂದು ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅವರು ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ</p>	<p>ಪ್ರಕಾರ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗಳು ಹರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿದೆ. ನಿಯಮಿತ ತಪಾಸಣೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಅನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕು ಎಂಬುದು ಅವರ ಕಳವಳ. ಏಕೆಂದರೆ ಇದು ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ.</p>	<p>ಖಾಸಗಿ ಸಾರಿಗೆ ಮಾರ್ಗಗಳನ್ನು ಹತ್ತಿರದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೆ ಅಥವಾ ಉನ್ನತ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ಬೇರೆ ಪರ್ಯಾಯವಿಲ್ಲ.</p>	<p>ನಮ್ಮ ಕೋರಿಕೆಯ ಮೇರೆಗೆ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗಳು ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವುದು ೨ ಖಾಸಗಿ ಸಾರಿಗೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ.</p>
--	--	---	---	--	---

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

			ಸ್ವಲ್ಪ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವವರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ತಲುಪಬಹುದು ಎಂದು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ್ದಾರೆ.			
6	ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಮೂಲಗಳು					
6.1	ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಹಣವನ್ನು ಫಲಾನುಭವಿ ಹೇಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡುತ್ತಾನೆ ?	ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಬಂಧಿಕರು ಮತ್ತು ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಹಣವನ್ನು ಎರವಲು ಪಡೆಯಬೇಕು ಎಂದು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಹೇಳಿದರು. ನಿರ್ಣಾಯಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಅವರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಬಡ್ಡಿದರಗಳನ್ನು ವಿಧಿಸುವ ಹಣದ ಸಾಲದಾತರಿಗೆ	ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಹಣ ಸಾಲ ನೀಡುವವರಿಂದ ಅಥವಾ ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿಕರಿಂದ ಹಣವನ್ನು ಸಾಲ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದರು. ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಜನರು ಚಿನ್ನದ ಸಾಲವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಸಂದರ್ಭಗಳೂ ಸಹ ಇದ್ದವು.	ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರ ಪ್ರಕಾರ ಅವರು ತಮ್ಮ ಉಳಿತಾಯದಿಂದ ಅಂತಹ ಪ್ರಕರಣಗಳಿಗೆ ತುರ್ತು ಮೊತ್ತವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ತುರ್ತು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಅವರು ಹಣದಾಸೆದಾರರು, ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿಕರಿಂದ ಹಣವನ್ನು ಎರವಲು ಪಡೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.	ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಉಳಿತಾಯ, ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಆಸಕ್ತಿಗಳ ಮೇಲಿನ ಸಾಲವು ಪ್ರಮುಖ ಮೂಲಗಳಾಗಿವೆ.	ನಾವು ಬಡ ಕುಟುಂಬದಿಂದ ಬಂದವರಾಗಿರುವುದರಿಂದ ನಮಗೆ ಅಷ್ಟು ಹಣವನ್ನು ಉಳಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಪ್ರಮುಖ ಮೂಲವೆಂದರೆ ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬಗಳಿಂದ ಬಡ್ಡಿ ಅಥವಾ ಸಾಲ ಪಡೆಯುವುದು. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಪೋಷಕರು

		<p>ಹೋಗಬೇಕಾಗ ುತ್ತದೆ ಎಂದು ಅವರು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ್ದಾ ರೆ. ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಅವರು ತಮ್ಮ ಭೂಮಿಯನ್ನು ಮತ್ತು ಆಸ್ತಿಯನ್ನು ಹಣವನ್ನು ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಲು ಅಡಮಾನ ಇಡಬೇಕಾಗುತ್ತ ದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.</p>	<p>ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಅವರು ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಲು ಸ್ವಸಹಾಯ ಗುಂಪುಗಳಿಂದ ಹಣವನ್ನು ಸಾಲ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದರು.</p>			<p>ಹಣವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ.</p>
--	--	---	---	--	--	-------------------------------------

ಒಂಬುಡ್ಸಮನ್-ಪರಿಕಲ್ಪನೆ ಟಿಪ್ಪಣಿಯ ಕರಡು

(ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ)

ರಚನೆ



ರೋಹಿತ್ ಶೆಟ್ಟಿ ಮತ್ತು ಡಾ.ಆರ್.ಬಾಲಸುಬ್ರಹ್ಮಣ್ಯಂ

ಏಪ್ರಿಲ್ ೨೦೧೪

GRAAM

Grassroots Research And Advocacy Movement

www.graam.org.in

ಪರಿಚಯ

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಓಂಬುಡ್ಸನ್

ಭಾರತವು ಒಂದು ರಾಷ್ಟ್ರವಾಗಿದ್ದು, ಅಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಯೋಗ್ಯವಾದ ಜೀವನಮಟ್ಟವನ್ನು ನಡೆಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವಂತೆ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಸರ್ಕಾರವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೇವೆಗಳ ವಿತರಣೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟವು ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಸಮಾಜದ ಯೋಗಕ್ಷೇಮವನ್ನು ಮಾತ್ರವಲ್ಲ, ಜನರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಅವಕಾಶಗಳು ಮತ್ತು ಮಾರ್ಗಗಳನ್ನೂ ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಅವರ ಸ್ವಭಾವದಿಂದ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೇವೆಗಳ ವಿತರಣೆಯು ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯ ಚೌಕಟ್ಟುಗಳನ್ನು ಹುದುಗಿಸಿದೆ. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಜನರು ಅನೇಕವೇಳೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೇವೆಗಳ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರಚನೆಗಳ ಹೊರತಾಗಿಯೂ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಆರೋಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೇವೆಗಳು ಮತ್ತು ಗುಣಮಟ್ಟದ ಕೊರತೆಯು ಕೈಬಿಡಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಸಾಮಾನ್ಯ ಗ್ರಹಿಕೆ ಇದೆ ಮತ್ತು ಅಂತಿಮ ಫಲಿತಾಂಶವೆಂದರೆ ನಾಗರಿಕ ಅಥವಾ ಬಳಕೆದಾರರಿಗೆ ಖಾಸಗಿಯಾಗಿದ್ದರೂ ದೂರು ನೀಡಲು ಕಡಿಮೆ ಆಯ್ಕೆ ಉಳಿದಿದೆ. ಅದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವವರೆಗೆ ನಾಗರಿಕರ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಕಡಿಮೆ ಇರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಕುಂದುಕೊರತೆ ಪರಿಹಾರಗಳಿಗಾಗಿ ಇರುವ ರಚನೆಗಳು, ಯಾವುದೋ ಅಧಿಕಾರಶಾಹಿಯ ಜಾಲರಿದಂತೆ ಕಾಣುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಜನಪ್ರಿಯತೆ ಅಥವಾ ವಿಶ್ವಾಸವನ್ನು ಗಳಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ನಾಗರಿಕರ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಿಕೆಯು ಉತ್ತಮ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸಲು ದಾರಿ ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ ಎಂಬುದು ವಿಶ್ವದ ವಿವಿಧ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಅಂಗೀಕರಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ.

ಹೀಗಾಗಿ ಈ ಕುಂದು ಕೊರತೆಗಳನ್ನು ಆಲಿಸಲು ಅನೌಪಚಾರಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಂದನ್ನು ಒದಗಿಸಿದರೆ, ಅಲ್ಲಿ ನಾಗರಿಕನು ಅನಾಮಧೇಯತೆಯ ಲಾಭವನ್ನು ಮತ್ತು ನ್ಯಾಯಸಮ್ಮತತೆಯ ಖಚಿತತೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಾನೆ. ಇದು ನಿರ್ಭೀತ, ನ್ಯಾಯಸಮ್ಮತ ನಡೆಯನ್ನು, ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು, ನಂಬಿಕೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತರದಾಯಿತ್ವವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೇವಾ ವಿತರಣೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಓಂಬುಡ್ಸನ್ ಸ್ಥಾಪನೆ ಈ ದಿಕ್ಕಿನಲ್ಲಿ ಒಂದು ಹಂತವಾಗಿದೆ. ಓಂಬುಡ್ಸನ್ ಸ್ಥಾನವು ನಾಗರಿಕರಿಗೆ ತಿಳಿಸಲಾದ ಚಾನೆಲ್ಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಲು ಮಾತ್ರವಲ್ಲ, ಆದರೆ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ನಾಗರಿಕರಿಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸುವ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಒಟ್ಟಾರೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಚೋದಿಸುತ್ತದೆ.

ಮಾಹಿತಿ ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಉದ್ದೇಶಿಸಿ

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಸೇವೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕಳಪೆ ಗಮನವನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಬದಿಯಲ್ಲಿ ನಾಗರಿಕನಿರುತ್ತಾನೆ ಮತ್ತು ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿಯ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ಹುಡುಕುವಲ್ಲಿ ಎಡವಿರುತ್ತಾನೆ. ಓಂಬುಡ್ಸನ್ ಉಪಸ್ಥಿತಿಯು ಮಾಹಿತಿಯ ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ಸಹಾಯ ನೀಡುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಇದು ಅಧಿಕಾರದ ಅಸಮಾನತೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೇವೆಗಳ ಪೂರೈಕೆದಾರರು ಮತ್ತು ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ನಡುವೆ ವಿಫಲ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯ ಕೊಂಡಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಯಶಸ್ವಿ ಕೊಂಡಿಯನ್ನು ಸ್ವತಃ ಸ್ಥಾಪಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ, ವಿವಿಧ ಪಾಲುದಾರರ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಓಂಬುಡ್ಸನ್ ಹೊಸ ಸಂವಹನ ಮಾರ್ಗಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಮೂಲಕ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ಮತ್ತು ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಸುಗಮಗೊಳಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಾನೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಮತ್ತು ನೈತಿಕ ಪರಿಗಣನೆಗಳು

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಓಂಬುಡ್ಸನ್ ಇಂಟರ್ನ್ಯಾಷನಲ್ ಓಂಬುಡ್ಸನ್ ಅಸೋಸಿಯೇಷನ್ ರೂಪಿಸಿರುವ ನೈತಿಕ ತತ್ವಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತದೆ, ಅದು ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ
ತಟಸ್ಥತೆ ಮತ್ತು ನಿಷ್ಪಕ್ಷಪಾತತೆ
ಗೌಪ್ಯತೆ
ಅನೌಪಚಾರಿಕತೆ

ಪೂರಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಪೈಪೋಟಿಗಾಗಿ

ಮುಖ್ಯವಾಗಿ, ಓಂಬುಡ್ಸನ್ ಸ್ಥಾನವು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸಲು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರಚನೆಗಳಿಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿದೆ. ವಾಸ್ತವವಾಗಿ, ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರೂಢಿಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ನಿಯತಾಂಕಗಳನ್ನು ಗೌರವಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಇದಿಲ್ಲದೆ ಒಂದು ಸಮಾನಾಂತರ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ವಿಭಿನ್ನ ಅಧಿಕಾರ ಕೇಂದ್ರವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಓಂಬುಡ್ಸನ್ ಬಾಧ್ಯತೆಯಾಗಿದೆ. ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಸುಧಾರಣೆಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸೂಚಿಸುವಲ್ಲಿ ಓಂಬುಡ್ಸನ್ ಸಹ ಪೂರ್ವಭಾವಿ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತಾನೆ ಮತ್ತು ನಾಗರಿಕರೊಂದಿಗೆ ಸಂವಹನ ನಡೆಸುವ ನೇರ ಪಾತ್ರದ ಕಾರಣ, ನಾಗರಿಕರ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಅವರ ಧ್ವನಿಯನ್ನು ಎತ್ತಿಹಿಡಿಯುತ್ತಾನೆ.

ಓಂಬುಡ್ಸನ್ (ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ)

ವಿವಿಧ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯವು ಒಂದು ನಿರ್ಣಾಯಕ ಪ್ರದೇಶವಾಗಿದ್ದು, ಇದರ ಸ್ಥಿತಿಯು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಸರ್ಕಾರದ ಬದ್ಧತೆಯ ಸೂಚಕವಾಗಿದೆ. ಅದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ಇದು ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಜ್ಞಾನದ ಅಸಮತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ಪ್ರದೇಶವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯದ ತಾಂತ್ರಿಕ ಅಥವಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಂಶಗಳಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ, ರೋಗಿಗಳು ಅಥವಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಬಳಕೆದಾರರಲ್ಲಿ ಅವರು ಅರ್ಹರಾಗಿರುವ ಸೇವೆಗಳು ಮತ್ತು ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಅಪೇಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟಕ್ಕಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದೇವೆ. ಯಾವುದೇ ಮಾಧ್ಯಮದಿಂದ ದೊಡ್ಡ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿಕರು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಸೀಮಿತ ಸಂವಹನ ಮಾರ್ಗಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಮಾಹಿತಿ, ನಿರ್ದೇಶನಗಳು ಅಥವಾ ಉತ್ತರಗಳಿಗಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಶೋಚನೀಯವಾಗಿರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ ದೃಶ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಆದ್ದರಿಂದ ಜನರು ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಅಥವಾ ಕುಂದುಕೊರತೆಗಳನ್ನು ಎತ್ತುವಂತಹ ಸಂವಹನ ಮಾರ್ಗಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು ತುರ್ತಾಗಿ ಅಗತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಆದ್ದರಿಂದ ಈ ಅಸಮಾನತೆ ಒಡೆಯುತ್ತದೆ. ದಿ ಓಂಬುಡ್ಸನ್ (ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ) ಸ್ಥಾಪನೆಯು ನಿಯಮಿತ ವಾಹಿನಿಗಳಲ್ಲಿ ಮುಕ್ತ ಮಾಹಿತಿ ಪ್ರಸಾರವನ್ನು ಪ್ರಚೋದಿಸುತ್ತದೆ, ರೋಗಿಗಳ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಗೌರವಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಸ್ಥಾನದ ಸ್ಥಾಪನೆಯಿಂದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಆಡಳಿತವು ಅನುಸರಿಸುವ ಗುಣಮಟ್ಟವು ನೇರವಾಗಿ ಮತ್ತು ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಸುಧಾರಿಸಲಿದೆ ಎಂದು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸ್ಥಾನದ ಉದ್ದೇಶಗಳು ಮತ್ತು ವಿವರಣೆ

ಒಂಬುಡ್ಡಮನ್ (ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ) ಯ ಸ್ಥಾನವು ತನ್ನ ನಾಗರಿಕರಿಗೆ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನೀಡುವ, ರಾಜ್ಯದ ಬದ್ಧತೆಯನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಆದ್ದರಿಂದ ಮಾನದಂಡಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರೋಟೋಕಾಲ್‌ಗಳು ಮತ್ತು ಅಂತರಗಳು ಯಾವುದಾದರೂ ಇದ್ದರೆ ಆಶ್ಚರ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸುವತ್ತ ಗಮನ ಹರಿಸುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿ ಒಂಬುಡ್ಡಮನ್ ಉದ್ದೇಶಗಳು

ಒಂಬುಡ್ಡಮನ್ (ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ) ಉದ್ದೇಶಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ

ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ರಚನೆಗಳಲ್ಲಿ ಕುಂದುಕೊರತೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ಮತ್ತು ನಾಗರಿಕರು ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆ / ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿನ ಸಂಘರ್ಷಗಳನ್ನು ನ್ಯಾಯಯುತ ಮತ್ತು ತಟಸ್ಥ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪರಿಹರಿಸಲು ಸ್ವತಂತ್ರ ಫೆಸಿಲಿಟೇಟರ್ ಆಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವುದು

ನಾಗರಿಕರ ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ, ಹೆಚ್ಚಿನ ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಮಾಹಿತಿ ಪ್ರಸಾರಣ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳ ಮೂಲಕ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಸೇವೆಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಪರಿಸರವನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಮತ್ತು ಉತ್ತೇಜಿಸಲು

ಪೂರ್ವಭಾವಿ ವೀಕ್ಷಣೆ, ದಸ್ತಾವೇಜನ್ನು ಮತ್ತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯ ಮೂಲಕ ಸೇವೆಗಳ ಉತ್ತಮ ನೀಡುವಿಕೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮತ್ತು ಸುಧಾರಣೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲು ಶಿಫಾರಸ್ಸು, ಮೇಲಿನ ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಕಡೆಗೆ, ಒಂಬುಡ್ಡಮನ್ (ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ) ಯ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳು ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು

ಸಂವಹನದ ಚಾನಲ್ ಅನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು: ಒಂಬುಡ್ಡಮನ್ ಸ್ಥಾನವು ತುಂಬಲು, ಸರ್ಕಾರವು ಒದಗಿಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಳಕೆದಾರರೊಂದಿಗೆ ಸರಳ, ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಮತ್ತು ವಿಶ್ವಾಸದಿಂದ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಸಂವಹನ ಚಾನಲ್ ಅನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು.

ಸಂಘರ್ಷ ಪರಿಹಾರ: ಘರ್ಷಣೆಗಳು ಮತ್ತು ವಿವಾದಗಳ ಪರಿಹಾರವನ್ನು ಗೌಪ್ಯ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸುಗಮಗೊಳಿಸುವುದು

ಮಾನದಂಡಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಸೇವೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟ ಮತ್ತು ಗುಣಮಟ್ಟದ ಭರವಸೆಯನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವುದು: ಸೇವೆಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲು ಐಪಿಹೆಚ್‌ಎಸ್ ಮಾನದಂಡಗಳಂತಹ ವಿವಿಧ ಮಾನದಂಡಗಳ ದಾಖಲೆಗಳಿಂದ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ಒಂಬುಡ್ಡಮನ್ ಬಳಸುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ಆದ್ದರಿಂದ ಗುಣಮಟ್ಟದಲ್ಲಿನ ಅಂತರವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಹಕರಿಸುತ್ತಾರೆ

ರೋಗಿಗಳ ಹಕ್ಕುಗಳ ಅರಿವನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸಿ: ರೋಗಿಗಳ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಉಲ್ಲಂಘಿಸಿದ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಒಂಬುಡ್ಡಮನ್ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಗಮನಿಸುತ್ತಾನೆ ಮತ್ತು ನಾಗರಿಕರಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳ ಹಕ್ಕುಗಳ ಅರಿವನ್ನು ಪೂರ್ವಭಾವಿಯಾಗಿ ಉತ್ತೇಜಿಸುತ್ತಾನೆ

ನ್ಯಾಯೋಚಿತ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಅಭ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಿ: ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ವಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಾಗದ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಅಭ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಒಂಬುಡ್ಡಮನ್ ಗಮನಿಸುತ್ತಾನೆ ಮತ್ತು

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ ಶಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಅಡ್ಡಿಯುಂಟುಮಾಡುತ್ತಾನೆ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಈ ಅಭ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ನಿರ್ವಹಣೆ ಮತ್ತು ಇಲಾಖೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿ ನ್ಯಾಯ, ಇಕ್ಷಿತಿ ಮತ್ತು ಪಾರದರ್ಶಕತೆಯ ತತ್ವಗಳನ್ನು ಆಧರಿಸಿವೆ.

ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಗೆ ಶಿಫಾರಸುಗಳು: ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಅಸಮರ್ಥತೆಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ದಾಖಲಿಸುವಲ್ಲಿ ಓಂಬುಡ್ಸನ್ (ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ) ಸಹ ಒಂದು ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ನಿರ್ವಹಿಸಿದ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಮತ್ತು ಇತರ ಸಾಮಾನ್ಯ ಅವಲೋಕನಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಓಂಬುಡ್ಸನ್ ಕೆಲಸದ ತತ್ವಗಳು

ಮೇಲೆ ಹೇಳಿದಂತೆ, ಓಂಬುಡ್ಸನ್ (ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ) ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಓಂಬುಡ್ಸನ್ ಅಸೋಸಿಯೇಷನ್ ರೂಪಿಸಿರುವ ನೈತಿಕ ತತ್ವಗಳಿಂದ ಪ್ರೇರಿತವಾದ ಕೆಲಸದ ತತ್ವಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತದೆ

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ
ತಟಸ್ಥತೆ ಮತ್ತು ನಿಷ್ಪಕ್ಷಪಾತತೆ
ಗೌಪ್ಯತೆ
ಅನೌಪಚಾರಿಕತೆ

ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ, ಓಂಬುಡ್ಸನ್ ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಜನರ ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಆಚರಣೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಜನರು ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಓಂಬುಡ್ಸನ್ ನೀಡುವ ಆಯ್ಕೆಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಆದ್ದರಿಂದ ತಟಸ್ಥ ಮತ್ತು ಪಕ್ಷಪಾತವಿಲ್ಲದವರಾಗಿರುವಾಗಲೂ ಅವರು ಅವರ ಧ್ವನಿಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಬಹುದು ಎಂದು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಅದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೇವಾ ವಿತರಣೆಯು ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕವಾಗಿ ನಾಗರಿಕರ ಧ್ವನಿಯನ್ನು ಕ್ರಿಯೆಯ ಚಾಲಕನಾಗಿ ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಆದ್ದರಿಂದ ಕ್ರಮೇಣ ಮಾತ್ರ ಬದಲಾಯಿಸಬಹುದಾದ ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ನ್ಯೂನತೆಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಓಂಬುಡ್ಸನ್ ವಹಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನೂ ಓಂಬುಡ್ಸನ್ ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ನ್ಯಾಯವ್ಯಾಪ್ತಿ

ಪ್ರತಿ ಸರ್ಕಾರದಲ್ಲಿ ಜನರ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಓಂಬುಡ್ಸನ್ (ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ) ನನ್ನು ಐಪಿಎಚ್‌ಎಸ್ ಮಾನದಂಡಗಳ ಪ್ರಕಾರ 30 ರಿಂದ 100 ಹಾಸಿಗೆಗಳ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಉಪ-ಜಿಲ್ಲೆ / ಉಪ-ವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ನೇಮಿಸುವುದು.

ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಖಾಲಿ ಇರುವ ಹುದ್ದೆಗಳ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಓಂಬುಡ್ಸನ್ (ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ) ತಾಲ್ಲೂಕು ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಜವಾಬ್ದಾರರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕಚಿಡಿಚಿರಡಿಚಿರಿ

ಹುಟ್ಟಿನ ಕ್ರಮಸಂಖ್ಯೆ ಆಧಾರಿತ ಪ್ರಕರಣ ಅಧ್ಯಾಯ

ರಸ್ಕರ್ಗೆ 2012 ರಲ್ಲಿ ಮದುವೆ ಆಗುವಾಗ ಅವಳ ಪ್ರಾಯ 18. 2014 ರಲ್ಲಿ ಆಕೆ ಗಂಡು ಮಗುವಿಗೆ ಜನ್ಮ ನೀಡುತ್ತಾಳೆ. 2015 ರಲ್ಲಿ ಆಕೆ ಪುನಃ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿ ಗಂಡು ಮಗುವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಾಳೆ. ಆಕೆಯ ಅತ್ತೆ, ಮಾವ, ಗಂಡ ಮತ್ತು ನಾಲ್ಕು ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಎಂಟು ಮಂದಿಯ ಕುಟುಂಬದೊಂದಿಗೆ ಆಕೆ ಪ್ರಸ್ತುತ ತಾಲ್ಲೂಕು ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದಾಳೆ. ಆಕೆಯ ಗಂಡ ಮತ್ತು ಆಕೆಯ ಮಾವ ಮಾತ್ರ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುತ್ತಾರೆ. ಆಕೆ ಮತ್ತು ಆಕೆಯ ಗಂಡ 5 ನೇ ತರಗತಿಯವರೆಗೆ ಓದಿದ್ದಾರೆ.

ತನ್ನ ಮೊದಲನೆಯ ಹೆರಿಗೆಗೆ ರಸ್ಕರ್ ತನ್ನ ತಾಯಿಯ ಮನೆಗೆ ಹೋಗಿದ್ದಳು ಮತ್ತು ಆ ಹೆರಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಉಂಟಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ಆಕೆಗೆ ಸ್ಕಾನಿಂಗ್ ಮತ್ತಿತರ ಖರ್ಚುಗಳಿಗೆ ಎಷ್ಟು ಹಣ ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ್ದಾಳೆ ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಖಚಿತವಾಗಿ ನೆನಪಿಲ್ಲ. ಅದಾಗ್ಯೂ ಆಕೆ ತಾನು ಕೆಲವು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಸ್ಕಾನಿಂಗ್ ಸೇವೆಗಾಗಿ ದೊಡ್ಡ ಬಳ್ಳಾಪುರದ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಮೂರು ಸಾರಿ ಪ್ರಯಾಣಿಸಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದಳು. ಎಲ್ಲಾ ಮಕ್ಕಳ ಹೆರಿಗೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲೂ ಆಕೆ ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್ ಹೊಂದಿದ್ದಳು. ಆದರೆ ಆಕೆ ತನ್ನ ಮೊದಲ ಹೆರಿಗೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಬಿಪಿಎಲ್ ಕಾರ್ಡ್ ಹೊಂದಿರಲಿಲ್ಲ ಆದರೆ ಆಕೆ ನಂತರ ಅದನ್ನು ಪಡೆದಳು.

ಆಕೆ ತನ್ನ ಮೊದಲ ಮಗನ ಹೆರಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಲಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಸುಮಾರು 2,000 ರೂ ಗಳನ್ನು ಅವರು ಉಳಿಸಿದರು. ಆದರೆ ಎರಡನೇ ಮಗುವಿನ ಹೆರಿಗೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿದ್ದ ಕಾರಣ ಅವರು ಈ ಉಳಿತಾಯದ ಹಣವನ್ನು ಅಲ್ಲಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಬೇಕಾಯಿತು. ಇದರೊಂದಿಗೆ ಅವರು ಸುಮಾರು 8,000-9,000 ದ ವರೆಗೆ ಹಣವನ್ನು ಖರ್ಚು ಮಾಡಬೇಕಾಯಿತು. ಅವರಲ್ಲಿ ಹಣ ಇಲ್ಲದ ಕಾರಣ ಅವರು ಸಾಲವನ್ನು ತೆಗೆಯಬೇಕಾಯಿತು. ಅವರಿಗೆ ಎದುರಾದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳೇನು ಎಂಬುದನ್ನು ವಿವರಿಸಲು ಅವರಿಗೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಿಲ್ಲ. ಅವರು ಕೈಮಗ್ಗದಿಂದ ತಿಂಗಳಿಗೆ ಸುಮಾರು 10,000-11,000 ದ ವರೆಗೆ ಸಂಪಾದಿಸುತ್ತಿದ್ದರು.

ಅಧಿಕ ವೆಚ್ಚ- ಪ್ರಕರಣ ಅಧ್ಯಯನ: ನಿರ್ಮಲ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ತನ್ನ ಗಂಡ, ಮಗು ಮತ್ತು ಗಂಡನ ತಮ್ಮನೊಂದಿಗೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದಳು. ಪ್ರಸ್ತು ಆಕೆ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿಲ್ಲ. ಆಕೆಯ

ಗಂಡ ನೇಕಾರ ಮತ್ತು ಆಕೆಯ ಗಂಡನ ತಮ್ಮ ಹೊರಗಡೆ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದ. ಆಕೆಯನ್ನು ನಾವು ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಪದೇ ಪದೇ ಕರೆಯುತ್ತಿದ್ದ ಕಾರಣ ಆಕೆಗೆ ನಮ್ಮೊಂದಿಗೆ ಮಾತನಾಡಲು ಅಷ್ಟೊಂದು ಇಷ್ಟವಿರಲಿಲ್ಲ. ನಾವು ಕೇಳುತ್ತಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯಿಂದ ಆಕೆಗೇನು ಸಹಾಯವಾಗಲಿಲ್ಲ ಎಂದು ಆಕೆ ಹೇಳುತ್ತಿದ್ದಳು.

ಆಕೆ ಮೂಲತಃ ವಿಜಯಪುರದವಳು. ಆಕೆ ದ್ವಿತೀಯ ಪಿಯುಸಿವರೆಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ಪಡೆದಿದ್ದಳು ಮತ್ತು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಟೈಲರಿಂಗ್ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಳು. ಆಕೆಗೆ ಆರು ಮಂದಿ ಒಡಹುಟ್ಟಿದವರಿದ್ದರು. ಅವರಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬ ಸಹೋದರಿ ಮತ್ತು ಐವರು ಸಹೋದರರು. ಆಕೆ ತನ್ನ ಕುಟುಂಬ ಮಧ್ಯಮ ವರ್ಗದ ಕುಟುಂಬವಾಫಿತ್ತು ಎಂದಳು. ಆಕೆಗೆ 25 ನೇ ವಯಸ್ಸಿಗೆ ಮದುವೆಯಾಯಿತು ಮತ್ತು 26 ನೇ ವಯಸ್ಸಿಗೆ ಮಗುವಾಯಿತು. ಆಕೆ ಪಡೆಯಬಹುದಾಗಿದ್ದ ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳ ಪ್ರಯೋಜನದ ಕುರಿತು ಆಕೆಗೆ ಯಾರೂ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಲಿಲ್ಲ. ಆಕೆ ಭಾಗ್ಯಲಕ್ಷ್ಮಿ ಯೋಜನೆ ಕುರಿತು ಕೇಳಿದ್ದಳು ಹೀಗಾಗಿ ಆಕೆ ಗಂಡು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಯೋಜನೆಗಳಿಲ್ಲ ಎಂದೇ ತಿಳಿದಿದ್ದಳು. ಆದರೂ ಆಕೆ ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್ ಹೊಂದಿದ್ದಳು.

ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿದ್ದಾಗ ಆಕೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೊಂದರಲ್ಲಿ ಹೆಸರು ನೋಂದಾಯಿಸಿದಳು ಮತ್ತು ಆಕೆ ಕಬ್ಬಿಣದ ಮಾತ್ರಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಳು. ನಂತರ ತನ್ನ ಒಂಭತ್ತನೇ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಆಕೆ ತಾಯಿ ಮನೆಗೆ ತೆರಳಿದಳು. ಆಕೆಗೆ ಪ್ರತಿಷ್ಠಿತ ಖಾಸಗೀ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೊಂದರಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾಯಿತು. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಆಕೆಗೆ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಖರ್ಚು ತಗುಲಿತು. ಆಕೆಯ ಮಗುವಿನ ತಲೆ ಸ್ವಲ್ಪ ದೊಡ್ಡದಾಗಿದ್ದ ಕಾರಣ ಆಕೆಗೆ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಬೇಕಾಯಿತು. ಆಕೆಯ ತಂದೆಯೇ ಖರ್ಚನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸಿದರೂ ಈ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಾಗಿ ಸಾಲವನ್ನು ತೆಗೆಯಬೇಕಾಯಿತು. ಹೆರಿಗೆಯ ಖರ್ಚು ರೂ 50'000,00 ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಿತ್ತು.

References

Documents from International Ombudsman Association

(www.ombudsassociation.org)

The Ombudsman and the Health Service Executive, Ireland:

<http://www.ombudsman.gov.ie/en/Publications/Information-leaflets/The-Ombudsman-and-the-Health-Service-Executive/>

Cornell University Ombudsman:

<http://www.ombudsman.cornell.edu/infocard.cfm?031714>

NREGA Ombudsman:<http://118.139.176.189/KAROMS/Default.aspx>

Links to Ombud's Organizations:

<http://www.ombudsassociation.org/resources/ombudsman-and-adr-links/links-ombudsman-and-other-alternative-dispute-resolution-adr>

Parliamentary and Health Service Ombudsman Annual Report 2012-13, United Kingdom

Human Capacity Strategies (Jan 2005): Ethics, HR and the Importance of Ombud's Programs

NREGA Ombudsman Order issued by Ministry of Rural Development, Gol – September 2009

ಉಲ್ಲೇಖದ ನಿಯಮಗಳು

(16)

Terms of reference for the study on Out of pocket Expenditure Incurred for Maternal HealthCare by BPL Women in karnatakain Public Health Facilities

Sl no	Content	Page no
1	Title	2
2	Department implementing the scheme	2
3	Background and Context	2-7
4	Evaluation Scope, Purpose and Objective	7-8
5	Evaluation Questions	8-9
6	Sampling and Evaluation methodology	10-12
7	Deliverables and time schedules	13
8	Qualities Expected From the Report	13
8	Cost Limits and schedule of budget release	13
9	Administrative arrangements for the study	14
10	Contact person to get further details about the study	14
11	References	15
12	Annexure-1 Guidelines for Tayi Bhagya Scheme & Prasuti Aaraike	

**Terms of Reference for A Study on Out of Pocket Expenditure
Incurred for Maternal Health Care by BPL Women in Karnataka in
Public Health Facilities**

1. **Title of the study:**

**A Study on Out of Pocket Expenditure Incurred for Maternal Health Care by BPL Women
in Karnataka in Public Health Facilities**

2. **Department/Agency implementing the Scheme:**

The Department of Health and Family Welfare Government of Karnataka.

3. **Background and the context:**

Health assumed greater attention in programmes and policies with the centering of Human Development agenda as the final goal of development. Maternal and child health issues became prominent as the human development indicators focused on life expectancy, Infant Mortality, Child Mortality, Maternal mortality and malnutrition. Further, the Millennium Development goals and the maternal and child health related targets and indicators under Goals 4 and 5 of the MDGs prompted the member nations to devise appropriate strategies and pump more resources into the health sectors. According to the MDGs, the Infant Mortality and Under-five mortality targets for 2015 were fixed as two-thirds of the rate in 1990 and a reduction of maternal mortality by three quarters of that in 1990. As per these norms, the achievement targets for India were an IMR of 27 per 1000 live births, a CMR of 40 per 1000 live births and a maternal mortality of 87 per lakh live births by 2015. The MDG targets to be achieved by Karnataka are an IMR of 32 per 1000 live births, a CMR of 32 per 1000 live births and a maternal mortality of 70 per lakh live births.

The Government of India launched the National Rural Health Mission (NRHM) in 2005 as a comprehensive strategy for attaining gains in health outcomes to meet the Millennium Development Goals by 2015. The central goal of the Mission was to increase public expenditure on health from the mere 0.9 per cent of GDP to about 2-3 per cent of GDP in the next five years so as to bring improvements in the health indicators – life expectancy at birth, infant mortality

rate, under 5 mortality rate and maternal mortality rate. After about 7 years of implementation of the Mission, the GoI in 2012 extended the span of the mission for another five years until 2017.

With the implementation of several maternal health programmes of the Central as well as the State Govt. there have been significant achievements in the reduction in maternal mortality and Infant Mortality rates in Karnataka as an outcome of increased institutional deliveries. The achievements are indicated in the

Table-1 Institutional Deliveries-IMR and MMR

	2011-12	2013-14	2015-16
Institutional Deliveries	72.6	69.7	85
MMR	213(SRS04-06)	144(SRS 2010-12)	115 HMIS 2015
IMR	41	32 (SRS2012)	29 (SRS2014)
U5 MR	48		31(SRS2014)

Source: DH&FW Annual Report 2016-17

Though the targets in IMR and U5 MR are achieved, we are yet to achieve the target in reduction in MMR to 70 and to increase the institutional deliveries to 100 percent in near future. Further, there is also a question of sustainability of these achievements in future. This is due to the increasing Out of Pocket expenditure on institutional deliveries in the State. The results of District Level Health Survey (DLHS) 4 have brought out the fact that there has been a significant increase in OOP expenditure on institutional deliveries in the State. The question is why OOP is still high despite of many demand side interventions that are introduced to remove the major financial burden of institutional deliveries on the BPL families.

Demand Side Financial Incentives

Demand side financial incentive (DSF) is a form of subsidy and it directly provides purchasing ability to consumers on certain publicly provided goods such as health and nutrition. DSF introduces two key changes in the public financing of such goods and services. First, it entitles the government to be a supplier of purchasing power to consumers instead of being a direct service provider. Secondly, it tunes financing as 'output-based' than 'input-based' and hence links the subsidy or its objective with the beneficiary. The NRHM (NHM) adopted the demand side financial (DSF) incentives as one of the main strategies to enhance maternal healthcare utilization. It preferred DSF in the form of conditional cash transfers (CCT) which aimed to

provide cash incentives to the beneficiary conditional upon the beneficiary's actions so as to raise the rate of institutional deliveries and thereby improve other crucial indicators like the IMR and MMR. During maternity medical attention is required at different stages. Various points of care that are required include ante natal checkups, immunizations, diagnostics, surgical charges, transport costs, post natal checkups etc. The various government health schemes in the state to reduce the costs of institutional delivery are:

Janani Suraksha Yojane (JSY):

This is 100 % Government of India funded Programme, through National Health Mission. The main objective of this scheme is to motivate all BPL, SC and ST Pregnant Women to deliver in Health Institutions, to reduce maternal and infant deaths. In this programme, pregnant women of BPL, SC & ST who deliver in health institutions in rural areas are provided Rs 700 cash incentives, in urban areas; Rs 600 and if they deliver through C-Section in private institutions are provided Rs 1500. If the said category Pregnant Women deliver at their homes, they are also provided Rs 500 cash incentives to meet their post-delivery wage loss.

Thayi Bhagya:

This Programme envisages, totally free Maternal & Child Health Care of all categories of Pregnant Women and Mothers in the State, with the core intention of zero Out of Pocket Expenditure to all women for MCH Services. The goals and objectives of this programme are achieved with main focus on equity, and ensuring quality MCH services which are available, accessible and affordable to all sections of the society. In addition to the said services, BPL, SC and ST category Pregnant Women and Mothers are provided incentives in cash and kind to motivate them to avail MCH Services in Government and Private Hospitals, with the sole intention of reducing Maternal & Infant Morbidity and Mortality.

Madilu:

This is one of the four components of Samagra Mathru Aarogya Palane (ThayiBhagya) Scheme, it is being implemented since 2007-08, with 50 % of the budget coming from GoI, through National Health Mission and the remaining 50 % of the budget is being provided by the State Government. In this programme, a kit containing 19 items which are useful to the post-natal women and her infant is being provided to BPL, SC & ST beneficiaries, who deliver in any Government Hospital in the State. This benefit is provided to all deliveries of BPL, SC & ST women in HPD districts (Bagalkote, Bijapur, Ballari, Raichur, Koppal, Raichur, Kalaburagi, Yadagiri, Gadag and Chamarajanagar) and for only two live births in

the remaining districts of the State. The line items of the kit are being procured from Karnataka Handloom Development Corporation and the soap items are being procured from Karnataka Soaps and Detergents Ltd. The approximate cost of each kit is Rs. 1380.

Prasooti Araiike:

This is one of the four components of Samagra Mathru Aarogya Palane (Thayi Bhagya) Scheme, out of which, the three components, Viz., Prasoothi Araiike, Thaiy Bhagya and Thaiy Bhagya Plus are 100 % Government of Karnataka funded schemes. Prasoothi Araiike scheme is being implemented from 2007-08 with the objective of providing cash benefits to BPL, SC and ST communities Pregnant Women, to enable them to take nutritious diet during pregnancy and post-natal period to reduce maternal and infant morbidity and mortality. This scheme is implemented in all the districts of the State, except Kolar and Dharwad. Beneficiaries of this scheme receive cash incentives of Rs.1000 in two installments, the 1st installment is provided to the Pregnant Women during her 4-6 months' pregnancy and the 2nd installment of Rs.1000 is provided immediately after delivery, if the beneficiary delivers in any Government Hospital in the State. The 2nd instalment will include the JSY cash component. From 2014-15, the cash incentives, for the Pregnant Women and Post-natal mothers has been enhanced for SC & ST beneficiaries to Rs. 2000 each.

Janani Shishu Suraksha Karyakrama (JSSK):

This is also 100 % Government of India funded Programme, through National Health Mission. The main aim of this programme is to ensure, totally zero out of expenditure to Pregnant Women to avail free delivery services in Government Hospitals. In this Programme five free services are provided in all Government hospitals across the State. The services which are provided free of cost to all pregnant women are; free drugs and consumables, free diagnostics, free blood, free diet and free transport services from home to health institutions and back home. For all Government Hospitals; for providing free delivery services, for each case, Rs. 350 for drugs, (Rs. 1600 for C-Section deliveries), Rs. 200 for diagnostics, Rs. 150 for free diet (Rs. 350 in C-Section Deliveries) and Rs. 250 for referral transport is provided.

Extended Thaiy Bhagya (Plus):

A cash assistance of Rs. 1000/- for a private hospital delivery is paid to rural SC, ST and BPL women for the first 2 live births in all other districts other than 10 High Priority Districts in accredited private hospitals.

(Source: H&FW Annual Report 2016-17)

In spite of the above schemes and services that claim to be free of cost, the DLHS-4 reports

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

reveal that there has been out-of-pocket expenditures in the public health facilities. The details of the average delivery expenses incurred per beneficiary in public facilities across the districts of Karnataka are shown in table 1.

Table -2 Out of Pocket expenditure on delivery in public health facilities

Sl No	District	OOP Expenditure(Rs)	
		Total	Rural
1	Bagalkot	1600	1500
2	Bangalore (R)	5590	6160
3	Bangalore (U)	5410	6650
4	Belgaum	1500	1400
5	Bellary	3850	3690
6	Bidar	1590	1730
7	Bijapur	1800	1800
8	Chamarajanagar	3060	2330
9	Chikamagalur	5920	5670
10	Chikkaballapur	4320	4410
11	Chitradurga	3200	1810
12	Dakshina Kannada	3150	2910
13	Davangere	2910	2680
14	Dharwad	2270	2120
15	Gadag	2490	2600
16	Gulbarga	1700	1700
17	Hassan	4020	3890
18	Haveri	3700	4020
19	kodagu	3220	3330
20	Kolar	3390	3170
21	Koppal	2710	2160
22	Mandya	2310	2010
23	Mysore	3300	3200
24	Raichur	2180	1820
25	Ramanagara	5340	6360
26	Shimoga	4680	4780
27	Tumkur	3250	3390
28	Udupi	3800	1900
29	Uttar Kannada	3580	3840
30	Yadgir	3120	2980
	Karnataka	3130	3000
	SD	1074.0	1046.0
	Max.Min Ratio	3.94	4.75

Source: DLHS-4 2012-13 reports

As it can be observed in the table the top five districts that had the highest OOP have been in the southern divisions. Chikamagalur topped the list with an OOP of Rs. 5920 per delivery which was followed by Bangalore Rural with Rs. 5590, Bangalore Urban with Rs.

5410, Ramanagara with Rs. 5340 and Shimoga with Rs.4680. The least average OOI expenditures were observed in the north Karnataka districts of Belgaum (Rs.1500), Bidar (1590), Bagalkot (Rs. 1600), Gulbarga (Rs.1700) and Bijapur (Rs. 1800) and (3170) on an average delivery expenses incurred per beneficiary.

Another interesting fact that can be observed is that in few districts the rural OOP had been higher than the total OOP. This scenario is observed in 11 districts as shown in table 2 below. Again the differences had been the highest in the southern districts of Bangalore Urban and Ramanagara. This is again a discouraging fact. All these indicate that there is underutilization or the inefficiencies of the various schemes made available in reaching out to the beneficiaries.

Table -3 Out of Pocket Expenditure in Rural areas

District	Total	Rural	Difference
Bangalore(R)	5590	6160	570
Bangalore(U)	5410	6650	1240
Bidar	1590	1730	140
Chikkaballapur	4340	4410	70
Gadag	2490	2600	110
Haveri	3700	4020	320
Kodagu	3220	3330	110
Ramanagara	5340	6360	1020
Shimoga	4680	4780	100
Tumkur	3250	3390	140
Uttar Kannada	3580	3840	260

Source: DLHS-4 2012-13 reports

Therefore, it is essential to know why the OOP is very high and in 18 districts above the State average. The SD is also very high showing significant differences across the districts. What are the reasons and different components and what are its consequences and implications for the future.

4 Evaluation Scope, Purpose and Objectives

The study covers all the 30 districts of the State from four administrative divisions. As the OOP differs across the rural and urban areas, therefore, the study will cover both the rural and urban areas. The purpose of the study is to examine the magnitude and dimensions of OOP expenditure at macro as well as micro household level and the sources through which it is met and the implications of it.

Evaluation Objectives

1. To assess the awareness of the government maternal health schemes among the sample of mothers who delivered in public health facilities.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

9

2. To assess the items of out-of-pocket expenditures incurred by the family per delivery in the public health facility.
3. To find out the reach of the Maternal Health schemes to the targeted beneficiaries across the regions.
4. To examine the financial adequacy of various Maternal Health schemes.
5. To examine the regularity, and real time disbursement of the cash and other incentives under the schemes.
6. To examine the component of transport cost in the OOP expenditure.
7. To analyse the sources through which the OOP expenditure is met by the family.
8. To suggest appropriate measures for improving the "better reach" of the maternal schemes and in turn improving their effectiveness.

5. Evaluation Questions (Inclusive not exhaustive):

The evaluation questions to be addressed in the study are:

1. What is the status of Karnataka vis-à-vis other States in India with regard to OOP on maternal health care? What is the trend in OOP over last ten years as per the available data in NFHS/DLHS?
2. Why OOP is high in Karnataka? How it reflects on the access and implementation of various maternal health schemes in the State? What are the findings of the micro level studies in this regard? (The ECO has to analyse the studies related to the access, implementation and impact of various maternal health schemes through a comprehensive review of literature)
3. What are the factors contributing to the high OOP in maternal health care? Examine separately the issues in urban and rural areas. (A Hypothesis may be framed for testing)
4. There are significant variations in OOP across the districts in the South and North Karnataka. There are also variations within the divisions. How these can be explained in terms of economic conditions, infrastructure, geographical conditions and social factors? (A Hypothesis may be framed for testing)
5. Whether OOP varies across the caste groups within and across the regions? What are its implications in terms of access to health services for women?(A Hypothesis may be framed for testing)
6. What are the components of OOP? Whether transport costs form a major component of it? Examine whether money is spent on medicines and other medical assistance and other clinical facilities is due to its non availability or otherwise at the place of health facility.

7. What is the extent of awareness about various maternal health schemes among the women? What are the sources of information? Whether it varies across regions and Caste groups?
8. Whether beneficiaries face any problems in getting the required eligibility documents to avail the benefits of various schemes? To what extent it has contributed to increase in OOP.
9. What is the role played by ASHA, Village level health workers and Anganwadi teacher in providing information and in helping the women to get the benefits? Whether OOP varies across women accompanied/ supported by them or not?
10. Under the Maternal Health Schemes assistance is provided in the form of cash. How it is utilized? Whether the whole or part is utilized for the pregnant woman, mother and the child? Whether there are any deviations in it?
11. How the high OOP has been financed? Look into the different sources and examine whether this has pushed the women/family into poverty and indebtedness as it is observed in some of the Studies?
12. Whether the Maternal health programmes are implemented effectively in the State and across the Regions? Whether the beneficiaries are selected as per the norms and guidelines of these schemes? Find out whether the schemes have reached to the poorest and the marginalized women and women in remote areas.
13. What are the problems and difficulties faced by the beneficiaries in receiving the benefits? Is there any time gap between the requirement and receipt? If so, what are its consequences?
14. What are the problems faced by the implementing agencies at various levels in implementing these schemes?
15. Examine the actual average requirement of funds at household level for health care during pregnancy and delivery in public health facility. Estimate the gap if any. To what extent the different maternal health schemes meet the requirements?
16. Whether OOP varies across the primi gravida and multi gravida (pregnancies)? What is the impact of high OOP on second and subsequent deliveries in the households having 3 or more children?
17. What suggestions can be given to reduce OOP to a minimum level of Rs. 500 and to a zero level?

6 Evaluation Methodology and Sampling:

(7)

The study follows a set of methodology to arrive at final conclusions.

- Review of literature and of the studies in the field.
- Analysis of the secondary data available at the State and the district level from various reports and surveys and data at PHC level.
- Collection and analysis of Primary data through a structured interview schedule.
- Focused Group discussions –Beneficiaries- SHGs- Health Department officials
- Case studies

A pre-testing or piloting of the questionnaire would be done in order to identify the problems that are likely to arise while using it for data collection. Based on the insights from the pilot study the questionnaire would be modified.

The other stake holders like health department officials at district and taluka as well as PHC level, health workers, ASHA workers and any prominent NGO in the field will be interviewed with an interview schedule.

Formats to be prepared for data compilation and analysis and the data would be analyzed using simple statistical techniques like percentage, average, standard deviation and other suitable techniques.

FGDs to be conducted to find out the access to and utilization of different Maternal health schemes and the reasons for high OOP.

Indicators –A set of indicators as related to the socio economic background of the sample, information and awareness about different maternal health schemes, access and benefits received from the schemes, the components of OOP -medical and non medical, adequacy and utilization of financial assistance, gap analysis between the receipts and expenditure etc. to be framed to get the results.

Sample selection

The sample design is Multi stage stratified Random Sampling design

I Stage Selection of the year/years for evaluation study

6

The sample selection for the study requires decision on selection of year/years to draw the sample.

The total number of sample for the study would be distributed equally between the years 2014-15 and 2015-16. The year 2014-15 is not steady with regard to the NRHM finances in the State. It is expected that timely disbursements of the scheme incentives would have hampered. Therefore, a proportionate sample will be drawn from among the given year and the next year beneficiaries.

II Stage - Geographical coverage The State is divided into four strata on the basis of administrative divisions -- 4 administrative Divisions in the State

III Stage - Selection of Districts

The data from DLHS-4 survey forms the basis for selection of the sample district for the study from the four divisions. The sample districts are selected based on the OOP expenditure. The districts with high OOP are also the districts with high OOP in rural areas except in Bangalore division where rural OOP is high in Bangalore Urban district. Further these districts are also the districts with institutional deliveries above the State average.

Table -6 Division wise and District wise OOP Expenditure and the Institutional Deliveries

Bangalore Division			
District	OOP Total	OOP Rural	Institutional
Bangalore(R)	5590	6160	97.
Bangalore(U)	5410	6650	95.
Chikkaballapur	4340	4410	91
Chitrdurga	3200	1810	91.
Davangere	2910	2680	95.
Kolar	3390	3170	93
Ramanagara	5340	6360	98.
Shimoga	4680	4780	97.
Tumkur	3250	3390	96.
Karnataka	3130	3000	89
Mysore division			
District	OOP Total	OOP Rural	Institutional deliveries
Chamarajanagar	3060	2330	96.
Chikamagalur	5920	5670	97.
Dakshina Kannada	3150	2910	98.
Hassan	4020	3890	98.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

Kodagu	3220	3330	95.
Mandya	2310	2010	96.
Mysore	3300	3200	98.
Udupi	3800	1900	98.
Karnataka	3130	3000	89
Belgaum Division			
District	OOP Total	OOP Rural	Institutional Deliveries
Bagalkot	1600	1500	86.
Belgaum	1500	1400	89.
Bijapur	1800	1800	80.
Dharwad	2270	2120	93.
Gadag	2490	2600	83.
Haveri	3700	4020	90.
Uttar Kannada	3580	3840	95.
Karnataka	3130	3000	89
Gulbarga Division			
District	OOP Total	OOP Rural	Institutional Deliveries
Bellary	3850	3690	81
Bidar	1590	1730	92.
Gulbarga	1700	1700	77.
Koppal	2710	2160	70.
Raichur	2180	1820	73.
Yadgir	3120	2980	76.
Karnataka	3130	3000	89

Source: DLHS-4 2012-13 reports

Table-7 Districts in the Sample

	Name of the Division	Name of the District
1	Bangalore Division	Bangalore (R)
2	Mysore Division	Chickmagalur
3	Belgaum Division	Haveri
4	Kalaburagi Division	Bellary
5	Lowest OOP with Institutional Deliveries at State average	Belgaum

- ❖ Belgaum is to be included in the sample as it has lowest OOP and the institutional delivery percentage is equal to State average. This may serve as a model for filling up the policy gaps.

4

IV Stage Selection of PHCs

From each district 10 percent of PHCs will be selected randomly. Their geographical distribution will cover the urban, rural and remote areas.

Table-8 No. of PHCS in the Sample Districts

District	DH	TH	CHC	PHC	Total	Sample 10%
Bangalore Rural	-	7	2	50	59	6
Chikkamagalur	1	7	5	90	103	10
Haveri	1	6	5	73	85	9
Bellary	2	6	11	73	92	9
Belgaum	1	9	16	150	176	18
Total	5	35	39	436	515	52

Source: DH&FW & Karnataka At A Glance-2015-16

V Stage Selection of beneficiaries

The list all pregnant women belonging to the BPL category who have availed the benefits and services from public health facilities during the years 2014-15 and 2015-16 would be obtained from the districts and PHCs. From these PHCs 5 percent of the beneficiaries who have availed benefits under various maternal health schemes will be selected randomly for the two years for the final analysis. The household of the BPL mothers would be the primary unit of data collection for the study.

7. Deliverables and time Schedule:

The whole study is to be completed in 6 months from date of signing the MOU with KEA. The evaluating agency is expected to adhere to the following timelines and deliverables.

1	Work plan /Inception Report submission	Within One month of signing the agreement.
2	Field Data Collection	Two-three months from date of work plan approval
3	Draft report Submission	Within one month after field data collection
4	Final Report Submission	Within One month from draft report submission
5	Total duration	6 months

8 Qualities Expected from the Evaluation Report :

The following are the points, only inclusive and not exhaustive, which need to be mandatorily followed in the preparation of evaluation report:-

- a) By the very look of the evaluation report it should be evident that the study is that of Health Department of the Government of Karnataka, and Karnataka Evaluation Authority (KEA) which has been done by the Consultant. It should not intend to convey that the study was the initiative and work of the Consultant, merely financed by the Karnataka Evaluation Authority (KEA).
- b) Evaluation is a serious professional task and its presentation should exhibit it accordingly. Please refrain from using glossy, super smooth paper for the entire volume overloaded with photographs, graphics and data in multicolor fancy fonts and styles.
- c) The Terms of Reference (ToR) of the study should form the first Appendix or Addenda of the report.
- d) The results should first correspond to the ToR. In the results chapter, each question of the ToR should be answered, and if possible, put up in a match the pair's kind of table, or equivalent. It is only after all questions framed in the ToR that is answered, that results over and above these be detailed.
- e) In the matter of recommendations, the number of recommendations is no measure of the quality of evaluation. Evaluation has to be done with a purpose to be practicable to implement the recommendations. The practicable recommendations should not be lost in the population maze of general recommendations. It is desirable to make recommendations in the report as follows:-

(A) **Short Term practicable recommendations**

These may not be more than five in number. These should be such that it can be acted upon without major policy changes and expenditure, and within say a year or so.

(B) **Long Term practicable recommendations**

There may not be more than ten in number. These should be such that can be implemented in the next four to five financial years, or with sizeable expenditure, or both but does not involve policy changes.

(C) **Recommendations requiring change in policy**

These are those which will need long period of time, resources and procedure to implement.

9. Cost and schedule of Budget releases:

Output based budget release will be as follows-

- a. The **First instalment** of Consultation fee amounting to 30% of the total fee shall be payable **as advance** to the Consultant after the approval of the inception report, but only on execution of a bank guarantee of a scheduled nationalized bank valid for a period of at least 12 months from the date of issuance of advance.
- b. The **Second instalment** of Consultation fee amounting to 50% of the total fee shall be payable to the Consultant after the approval of the Draft report.

2

- c. The **Third and final installment** of Consultation fee amounting to 20% of the total fee shall be payable to the Consultant after the receipt of the hard and soft copies of the final report in such format and number as prescribed in the agreement, along with all original documents containing primary and secondary data, processed data outputs, study report and soft copies of all literature used to the final report.

Tax will be deducted from each payment as per rates in force. In addition, the evaluator is expected to pay statutory taxes at their end.

10. Minimum Qualification of the consultant:


Consultants should have and provide details of evaluation team members having technical qualifications/capability as below-

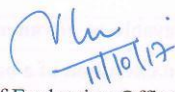
Sl. No	Subject Experts Requirements	Educational Qualification	Experience in the relevant field
1.	Principal Investigator	A social science post graduate with first class/Ph.D.	10 and more years
2.	1 st Core Team Member	A post Graduate in/Women's Studies /Sociology /Social Work with diploma in Public Health Management (Preferable)	5-10 years
3.	2 nd Core Team Member	Data analyst -Post Graduate in Statistics /Economics with adequate computer knowledge and software packages	5 years

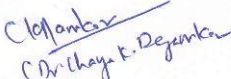
And in such numbers that the evaluation is completed within the scheduled time prescribed by the ToR. Consultants not having these number and kind of personnel will not be considered as competent for evaluation.

11. Contact persons:

The entire process of evaluation shall be subject to and conform to the letter and spirit of the contents of the government of Karnataka order no. PD/8/EVN(2)/2011 dated 11th July 2011 and orders made there under.


 EXECUTIVE DIRECTOR
 Karnataka State Health System Resource Centre
 SIHFV Campus, 1st Cross
 (Nodal Officer)
 Magadi Road, Bangalore - 560 023


 Chief Evaluation Officer
 Karnataka Evaluation Authority


 Dr. Chaya K. Dejenka

ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಅಧ್ಯಯನದ ಭಾವಚಿತ್ರಗಳು



ಭಾವಚಿತ್ರ 1 ಫಲಾನುಭವಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಾವೇರಿಯಲ್ಲಿ ನಡೆಸಲಾದ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆ



ಭಾವಚಿತ್ರ 2 ಫಲಾನುಭವಿಯೊಂದಿಗಿನ ಸಂದರ್ಶನ

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾತೃತ್ವ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ
ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನ ಬಗ್ಗೆ

ಅಧ್ಯಯನ

ಕರ್ನಾಟಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ,

#542, 5ನೇ ಮಹಡಿ, 2ನೇ ಹಂತ,

ಡಾ.ಅಂಬೇಡ್ಕರ್ ರಸ್ತೆ,

ಎಂ.ಎಸ್ ಬಿಲ್ಡಿಂಗ್, ಬೆಂಗಳೂರು – 560 001

ವೆಬ್ ಸೈಟ್: kmea.karnataka.gov.in

ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ : 080 2203 2561

ಇಮೇಲ್: keagok@karnataka.gov.in